Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

Digitized by Google

HD
7177
A66+
v. 31

Cornell University Library

BOUGHT WITH THE INCOME
FROM THE
SAGE ENDOWMENT FUND
THE GIFT OF
Henry W. Sage
1891

A.296293 20/m/15

3777

Digitized by Google

CORNELL UNIVERSITY LIBRARY
3 1924 093 413 080

Digitized by Google

Digitized by Google

Die
Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift
für die gesamte
Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ab. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Tippe; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe; Geh. Regierungsrat Prof. Dr. Laß, Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Rat Dr. Olshausen; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Regierungsrat Dr. Zacher

31. Jahrgang 1914

Berlin-Lichterfelde
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" A. Troschel

Digitized by Google

A. 296293

Uebersicht

derjenigen Gesetze, Verordnungen und Bekanntmachungen, aus denen im Jahrgang 1914 Vorschriften erörtert sind.

Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:
	Reichsversicherungsordnung				
3	209.	76	522.	142	841.
5	416, 488, 494, 865, 871.	78	521.	144—147	759.
6	208, 618, 687.	79	353.	146	427, 479.
8	800.	80	590, 727, 743, 832.	147	312, 428, 479, 480, 644.
9	207, 208, 800.	85	234, 662.	148	479.
10	828.	87	234, 662.	150	371.
11	247, 343, 606, 871.	88	521, 522.	151	638.
12	342, 364, 464, 521.	93	662.	153	163, 248, 488, 558, 559, 630, 773.
13	234, 661, 662, 663.	94	662.	153—156	640.
14	663.	95	522.	154	224, 488, 559, 870.
15	163, 665, 836.	101	412.	160	683, 848, 858.
16	363, 521, 582, 831.	106	662.	161	509.
17	364, 832.	107	662.	162	237, 250, 297, 357, 393, 437, 464, 507, 535, 821, 842.
18	208, 800.	108	397.	165	149, 150, 200, 243, 246, 247, 248, 249, 273, 274, 285, 291, 297, 298, 299, 316, 319, 342, 356, 357, 367, 368, 371, 401, 481, 489, 557, 571, 579, 582, 609, 610, 611, 615, 623, 624, 630, 683, 684, 686, 689, 728, 750, 751, 775. 802, 803, 819, 823, 858.
19	208, 800.	110	684.		
21	223, 573, 607, 750, 872.	111	570.		
23	343, 364, 493, 497, 638.	115	202, 203, 204, 227, 235, 415, 416, 541, 542, 704, 788.		
24	234, 343, 364, 565, 750, 753, 832.	116	296, 788, 805. [		
25	318, 494, 668.	117	272, 766, 832, 833.		
26	494.	118 ff.	290, 834.		
28	210, 416, 473, 704, 756, 853.	119	584, 685, 734, 735, 742, 813, 816, 834.		
29	312, 343, 385, 479, 480, 511, 567, 624, 680, 825, 827.	120	727.		
		121	420, 727.		
		122	246, 247, 270, 474, 475, 521, 545, 600.		
30	181, 184, 307, 308, 385, 398, 399.	123	246, 270, 521.		
31	181, 184, 399, 439, 848.	124	513, 514, 515, 516, 517, 518, 799.	165 ff.	276, 711.
32	527.			168	198, 295, 297, 298, 299, 304, 320, 339, 394, 441, 534, 615, 697, 776, 872.
33	234, 307, 399, 587.	125	559, 715, 799.		
35	192, 290, 518.	126	516, 517.		
37	752.	127	167, 327, 513, 515.	169	149, 187, 236, 246, 273, 274, 275, 276, 319, 341, 391, 448, 487, 512, 559, 560, 606, 679, 681, 682, 683, 684, 685, 724, 750, 761, 762, 799, 800.
39	234, 240, 620, 643, 662.	128	160, 291, 346, 618, 804.		
40	234, 418, 662.	128—130	788.		
41	662, 663.				
50	552.	129	291, 327, 804.		
59	222, 260, 261, 314, 321, 322, 323, 326, 477, 590, 631, 727, 766, 833, 870.	130	477, 480, 704, 823.		
		131	665, 666.	169 ff.	316, 801—804.
		131 ff.	759, 760.	169—171	266, 316, 317.
60	587.	133	804, 805.		
61	587.	139	400, 401, 606, 843.	169—174	298.
63	575.	141	223, 841.		
68	234, 662.	141—143	343.	170	343, 371, 512, 606, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 761, 762, 803.
69	234.				
71	662.	141 ff.	606.		

Digitized by Google

Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:
171	246, 371, 512, 679, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 689, 690, 762, 803, 849.
172	236, 273, 274, 286, 679, 681.
173	266, 402, 489, 499, 500, 683, 689.
174	224, 266, 370, 371, 416, 489, 500, 679, 689.
175	224, 371, 499, 500, 689, 824.
176	129, 130, 160, 223, 246, 247, 293, 316, 367, 461, 535, 607, 686, 775, 802,
176 ff.	210, 608. [804.
176—178	223.
178	151, 159, 160, 184, 206, 207, 284, 408, 523, 524, 525, 608, 618, 664.
178 ff.	452.
179	344, 356, 464, 474, 488, 545, 632, 685.
179—181	371.
180	135, 137, 302, 438, 586, 610.
181	256, 509, 510, 586, 610.
182	138, 139, 153, 155, 224, 243, 247, 271, 294, 342, 367, 415, 437, 440, 545, 450, 451, 453, 476, 488, 513, 558, 608, 625, 630, 632, 680, 692, 718, 752, 800, 822, 823, 846, 847.
183	320, 463, 464, 488, 513, 514, 515, 606, 625, 632, 685, 696, 752, 779, 845, 847.
184	175, 313, 319, 342, 344, 366, 452, 453, 463, 608, 630, 632, 656, 719, 727, 752, 822, 846.
185	453, 560.
186	138, 151, 491, 608, 632, 752, 822.
187	132, 371, 415, 727, 846.
188	371, 511, 517, 582, 631, 685.
188 ff.	450.
189	157, 159, 177, 178, 179, 182, 199, 392, 439, 584.
190	511, 512.
191	138, 139, 153, 154, 157, 308, 344, 464, 488, 513, 545, 546, 558, 590, 608,
192	157, 271, 309, 449, 450. 685, 846.
193	415, 437, 559, 750, 847.
194	138, 152, 366, 590, 800.
195	138, 140, 157, 158, 185, 199, 272, 366, 488, 491, 515, 535, 558, 560, 626, 686, 696, 835, 871.
195—200	434, 490, 491, 492.
196	490, 491, 872.
197	318, 490, 511, 512, 626, 656, 686, 728, 845.
198	140, 247, 371, 491, 512, 626, 871.
198—200	491.
199	140, 371, 491.
200	686.
201	138, 155, 272.
201 ff.	488.
202	272, 491, 515.
203	535, 564, 605, 704, 816.
204	590.
205	140, 209, 210, 247, 449, 545.
206	243.
207	294, 339, 515, 568.
208	464, 491, 516, 517, 569.
209	294, 516, 569.
210	834, 835.
211	438, 491, 570, 607, 806.
212	151, 176, 248, 367, 392, 512, 584, 611, 656.
213	847.
214	157, 158, 179, 182, 183, 245, 270, 271, 488, 511, 517, 563, 582, 591, 608, 685, 702, 703, 718, 728, 739, 749, 752, 775, 802, 822, 846, 847, 871, 872.
215	129, 130, 156, 157, 200, 316, 486, 618, 702.
216	552, 719.
217	131, 508.
219	270.
220	557, 559, 823.
221	233, 563.
222	270, 320, 464, 508, 560, 563, 583, 691, 823.
223	198, 567, 583, 634, 834, 846.
224	490, 491, 492, 844.
225	189, 317, 511, 728, 800.
226	805.
227 ff.	872.
234	243, 248, 319, 751, 872.
235	175, 285, 357, 572, 609, 610, 774.
236	185, 401, 609, 775.
237	188, 357, 464, 872.
238	180, 183, 607.
239	318, 835.
240	371.
243	180, 183.
244	180.
245	180, 357, 640, 835, 836.
250	180, 223, 319, 464, 558, 704.
255	371.
256	371.
258	640.
259 ff.	308.
264 ff.	160.
265	704.
269	188.
283	780.
285 ff.	318, 788, 835.
289	160, 200, 835.
290	582.
293	775, 870.
294	272, 294, 318, 656, 848.
295	294, 656.
298	318, 611, 704, 775, 788, 805, 835, 870.
300	151, 160, 176, 200, 246, 367, 536, 608, 751.
301	151, 318, 367, 415, 416, 584, 679.
302	415.
303	176, 272, 294, 319, 367, 440, 656, 679, 847, 848.
304	416.
306	161, 339, 415, 488, 751.
307	835.
308	198.
309	248, 300, 302, 305, 415, 559, 823, 824.
310	129, 130, 161, 200, 246, 308, 316, 568, 617, 618, 762, 775, 804.
311	270, 583, 692, 847.
311—314	843.
312	300, 304, 608, 751, 835.
313	129, 130, 157, 158, 159, 160, 176, 200, 210, 248, 270, 271, 272, 294, 296, 317, 368, 391, 435, 448, 490, 491, 492, 511, 523, 535, 546, 547, 567, 568, 569, 583, 591, 592, 605, 606, 607, 608, 626, 632, 633, 634, 635, 655, 680, 685, 702, 724, 726, 776, 778, 780, 802, 803, 804, 819, 822, 844, 847.
314	159, 179, 180, 181, 184, 210, 284, 339, 368, 523, 524, 525, 568, 583, 584, 608, 633, 664, 665, 777.
315	300, 751, 844.
316	300.
317	237, 301, 343, 415. 440, 536, 689, 690, 709, 726, 823, 843.
317—319	844.
318	133, 301, 704, 843.
319	590.
320	209, 463.
321	156, 164, 208, 209, 223, 367, 754, 773, 868.
322	844.
323	156, 161, 317, 494, 526, 527, 618.

Digitized by Google

Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:
324	139, 209, 355, 445, 494, 527, 528, 574, 607, 778.	384	154, 156, 157, 185, 209, 210, 247, 368, 585, 586, 587, 588, 691, 692, 776.	436	246, 366.
325	449, 450, 463.			439	175, 198, 248, 304, 305, 534, 774, 823.
326	188, 501, 574, 583.	385	155, 585, 872.	440	651, 728, 800.
327	207, 208, 319, 363, 619, 640, 641, 754, 828.	385 ff.	680.	441	150, 304, 330, 331, 457, 751, 824, 846.
		386	138, 154, 156.		
328	363, 364, 800.	386 ff.	776.	441 ff.	775, 872.
328 ff.	208.	387	452, 583,	442	175, 199, 255, 294, 297, 304, 306, 339, 393, 415, 437, 458, 475, 488, 534, 640, 751, 824.
329	363, 364, 574, 800.	388	527.		
330	800.	389	527, 571, 591, 679, 700.		
331	435.	390	571, 591, 679, 700.		
333	520.	391	571, 806.	443	184, 199, 272, 294, 342, 415, 416, 559, 751.
334	163, 164.	393	210, 405, 570, 608, 664, 844, 871.		
335	666, 807, 830.			444	272, 415, 475, 751.
336	435.	394	154, 317, 391, 606.	446	295, 320, 437.
338	208, 308, 546.	395	154, 317, 400, 872.	447	296, 304, 305, 415, 488, 559, 583, 606, 655, 739.
340	129, 565.	396	198, 248, 268, 272, 301, 303, 473, 474, 726, 776.		
345	200, 209, 367, 512, 527, 574, 607, 641, 754, 844, 868.			449	304, 305, 415, 559.
		397	139, 140, 141, 155, 175, 343, 368, 440, 511, 534, 614, 630, 690, 691, 692, 726, 727, 728, 776, 822, 823, 851, 852, 853.	450	475, 589, 773.
				451	294, 517, 568, 776.
346	495, 641.			452	210.
347	450, 535, 642, 753, 755.			453	158, 631.
348	755.			458	304.
349	200, 444, 466, 755.	398	821.	459	133, 134, 223, 292, 464, 630.
350	444, 689.	404	755, 756, 871.		
351	200, 306, 355, 703, 750.	405	140, 151, 160, 184, 199, 248, 256, 283, 291, 296, 321, 424, 499, 518, 535, 536, 614, 615, 631, 679, 680, 685, 724, 755, 850.	459 ff.	223, 291.
351 ff.	152.			461	135.
352	443, 465, 774.			462	589.
353	200, 355.			465	134, 291, 292.
354	208, 750, 800.			466	198, 251, 252, 253, 297, 298, 339, 464, 493, 572.
355	200, 363, 443, 444, 445, 465, 774.	406	472.		
		407	495.	466 ff.	285, 295, 393.
356	443, 444, 774.	408	416.	467	251, 297, 298, 394.
357	152, 208, 466, 618.	412	416.	468	175, 199, 237, 251, 255, 295, 296, 305, 306, 320, 339, 393, 416, 457, 488, 534, 559, 588, 606, 739.
358	494.	413	186, 220, 416, 472.		
359	152, 186, 187, 188, 200, 220, 355, 774.	414	416, 472.		
		415	160.		
361	343.	416	134.	469	247, 251, 394.
362	463, 753, 754, 755.	417	198, 304, 305, 434, 761, 774.	469 ff.	199, 393.
363	155, 161, 318, 416, 463, 472, 494, 573.	418	186, 188, 266, 356, 401, 434, 438, 439, 489 490, 491, 499, 500, 501, 518, 573, 583, 610, 651, 683, 685, 724, 727.	470	255, 306, 338, 339, 393, 534, 536.
364	495, 679.			471	255, 338, 371.
365	236, 237.			472	247, 255.
368	189, 309, 450, 452, 752.			473	237, 339.
369	230, 313, 766, 859.			473 ff.	199.
370	138, 152, 270, 451, 474, 475, 545, 509, 746.	419	266, 434, 439, 489, 490, 491, 499, 685, 686, 727.	475	255.
				477	256, 303, 339.
371	630.	420	156, 319, 366, 440, 535, 583, 588.	478	393, 536.
372	497, 545.			479	256.
372—375	164.	420 ff.	702.	480	251, 254, 256, 296, 371, 507, 589.
		420—423	157.		
373	497.			481	256, 536, 583.
375	495, 496, 497, 512, 739, 750, 751.	421	588.	482	254, 296, 507, 534, 536.
		422	186, 232, 233, 434, 489, 490.	483	198, 210, 254, 306, 317, 536.
376	495, 496, 497, 847.				
377	164, 308, 466, 500, 508, 590, 618, 661, 755, 789, 806.	423	156, 157, 588.	486	199.
		424	156, 588.	487	517, 568, 776.
		429	366, 632.	488	252, 571, 572.
379	800, 831.	432	702.	489	198, 256, 507.
380	155.	434	305.	490	198.
381	130, 155, 210, 318, 583.	435	186, 188, 232, 266, 305, 356, 401, 489, 490, 491, 499, 500, 518, 683, 685.	491	256.
383	139, 140, 155, 210, 367, 631, 692, 853.			493	394.
				494	156, 157, 368, 371, 589, 607, 702.
		435 ff.	246, 534, 610.		

Digitized by Google

Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:
496 ff.	631.
502	189.
503	189, 305.
503 ff.	189.
505	632.
513	632.
517	198, 247, 295, 320, 342, 392, 424, 508, 509, 606, 655, 663, 664, 799, 848.
517—520	305.
518	424, 532, 676, 848.
519	320, 342, 606, 655, 663, 664, 703, 724, 799, 871.
520	317, 320, 606, 663, 664, 703, 724.
524	296, 788.
528	164.
529	309, 452, 582, 631, 642, 755, 846, 856.
530	231, 255, 318, 345, 415, 439, 480, 484, 534, 536, 631, 706, 707, 708, 709, 725, 726, 762, 774, 843, 844, 851, 853.
531	231, 255, 439, 484, 534, 536, 583, 706, 707, 708, 774, 843, 844, 853, 854.
532	256, 843.
533	649.
534	385, 481, 482, 583, 844, 851.
537	477, 503, 548, 576, 622.
538	503, 548.
540	305.
542	320, 622.
543	320.
546	609, 610.
552	216.
553	210.
558	214, 435, 703, 823.
564	384.
565	384.
566	384.
573	151, 152, 439, 440, 476, 512, 583, 608, 727, 823.
573 ff.	454.
576	296, 439, 727, 823.
577	475, 476, 477.
581	271.
584	270, 383, 454, 453.
586	564, 765
586 ff.	818.
588	765.
593	382.
596	459.
598	549.
607	845.
609	404, 667.
610	189, 190.
613	384.
614	811, 812, 815, 816, 817.
615	549.
616	766.
617	758.
628	576.
631	593, 666.
632	622.
634	593, 761.
643	310, 503.
644	310, 503.
646	310, 503.
656	832.
657 ff.	643.
659	450.
660 ff.	668.
666	668.
667	450, 668.
669	668.
670	668.
688	163, 577, 666.
711	410.
736	668.
743	460.
744	460.
754	634.
767	549.
772 ff.	576.
821	576.
851	550.
870	480, 643.
883	411.
898	296, 847.
902	741.
903	296, 313.
907	567.
909	549, 550, 577.
910	318.
911	549.
913	410, 482, 668.
916	576.
917	693, 774.
918—921	305.
922	622.
923	212, 294, 576, 622, 809.
924	609.
930	823.
931—935	213, 622.
936	213, 576.
938	213.
939	213, 622.
941	213, 622.
942	429, 430, 822.
943	429, 430, 822.
959	761.
998	741.
1011	668.
1042	313.
1057	609.
1096	564.
1099	564.
1100	564.
1226	194, 248, 385, 481, 578, 579, 615, 623, 624, 720, 728, 767, 819, 858.
1227	615, 687, 694.
1232	194, 615, 697.
1233	742.
1234	187, 274, 341, 503, 504, 682, 683.
1236	671, 769, 791.
1237—1242	499.
1237	503, 504.
1240	504, 518.
1243	293, 624, 670.
1244	578, 819.
1246	248, 371.
1250	505, 814.
1251	191, 192.
1252	193, 195, 196, 539, 552.
1253	167, 196, 672.
1255	169, 191, 595, 712.
1256	167.
1257	271.
1258	191, 193, 552.
1258 ff.	745, 818.
1259	167, 195, 447, 538, 539, 542.
1260	595, 596.
1264	196.
1265	564, 733.
1266	564.
1268	384.
1269	559.
1271	315, 317.
1274	724, 797.
1278	216, 271, 791, 819.
1280	146, 191, 562, 695, 811.
1281	562, 563, 733, 840.
1283	559, 578.
1285	384, 456.
1286	840.
1288	384.
1289	384.
1291	315, 384, 505, 538, 542. 552.
1292	456.
1294	456.
1295	456.
1296	196, 456, 457.
1297	384.
1300	196, 567.
1301	384, 578.
1302	214, 505, 769, 811, 812, 815, 816, 817.
1303	166, 167, 505, 578, 769, 811, 812, 815, 816, 817.
1304	446.
1305	315.
1306	742, 767, 768.
1308	578.
1311	447.
1312	143, 505, 552.
1313	144, 758, 769.
1316	757, 758.
1318	167, 445, 446, 595, 596.
1324	577, 578.
1334	351.
1342	146, 695, 865.

Digitized by Google

Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:
1343	687.
1348	351, 352, 353, 354,
1370	840.
1371	384.
1374	315.
1381	385, 397.
1382	385.
1383	562.
1387	438, 822.
1392	314.
1393	562, 563, 733, 840.
1394	563.
1396	785, 840.
1400	315.
1413	145, 695.
1419	145, 146, 694, 695, 840
1420	649.
1426	248, 303, 473.
1432	391.
1437	391.
1438	840.
1440	384.
1442	144, 145, 644.
1443	671.
1444	817.
1445	146, 191, 215, 216, 384, 594, 595, 624, 671, 672, 695, 768, 769, 811, 817, 863, 864, 866.
1446	144, 385, 672.
1447	353.
1450	754.
1459	321, 413, 499, 518, 742, 743, 865.
1465	146, 590, 695.
1466	384.
1467	385.
1470	590.
1472	314.
1472 ff.	390, 817.
1480	232.
1487	550.
1488	312, 345, 426, 427, 428, 479, 480, 481, 483, 644 708, 791, 825, 826, 827.
1489	480.
1492	549.
1494	385, 481, 482.
1495	480, 737.
1496	549.
1497	549, 669.
1500	312, 318, 385, 426. 427, 479, 480, 533.
1501	270, 435, 455, 533, 574, 575, 583, 703, 725, 727, 823, 846.
1501 ff.	440.
1502—1507	725, 846.
1503	270, 344, 435, 438, 439, 455, 476, 508, 752, 823.
1505	270.
1506	270, 344, 439, 455, 477, 725, 738, 739, 752, 823, 845.
1507	344, 477, 740, 752, 823.
1508	567, 736, 737.
1509	477, 703, 717.
1510	270, 583, 725, 846.
1511	440, 455, 725.
1512	455.
1513	309, 310, 320, 392, 435 455, 533, 749, 775, 789, 823, 846.
1514	317, 691, 703.
1515	574, 575, 537.
1518	263, 293, 536, 660, 661, 715, 716, 717, 740, 800.
1519	317, 691.
1520	263, 715, 740.
1522	195, 196, 384, 505, 711 712, 713, 743.
1523	717.
1526	712, 713, 743.
1527	425, 727, 749, 752,
1527 ff.	563, 582, 752.
1528	535, 589.
1531	425, 439, 477, 589, 712 734, 736, 738, 742, 749, 845, 848.
1531 ff.	199, 476, 631, 703.
1531—1533	727.
1532	476, 775.
1532—1537	734.
1532 ff.	475, 752.
1533	344, 439, 476, 477, 752 775, 845, 848.
1534	476, 589.
1536	736.
1537	166, 737.
1538	477, 717.
1539	567.
1540	475, 734, 736, 737, 738, 740, 742, 743.
1541	476.
1542	176, 296, 313, 339, 511, 563, 584, 845, 847.
1544	780, 845.
1545	680.
1546	567.
1548	196.
1549	196.
1551	233, 290, 475, 860, 714.
1559	529.
1564	478, 859.
1564 ff.	258.
1568	287.
1569	287, 620.
1571	202, 235, 292, 293.
1572	142, 860.
1582	612, 859, 860, 862.
1585	404, 503.
1589	448.
1590	448.
1591	644, 752.
1591 ff.	313.
1591—1674	322.
1592	141, 222, 226, 227, 228, 286, 310, 323, 324, 404, 619, 620, 621, 644.
1593	227, 262, 324, 404, 619, 620, 643, 644.
1594	141, 142, 228, 234, 286, 660.
1595	226, 227, 228, 229, 230, 231, 258, 259, 260, 262, 313, 314, 323, 324, 458, 459, 612, 766, 837, 859, 860, 861, 862, 863.
1595 ff.	226.
1596	226, 227, 229, 231, 261, 262, 313, 314, 323, 324, 325, 326, 458, 459, 612, 837, 859, 860, 861, 862.
1597	861.
1598	141, 203, 227, 259, 261, 262, 292, 314, 323, 326, 458, 459, 612, 766, 837, 838, 859, 861, 862, 863.
1599	262.
1600	458, 838, 862.
1601	141, 222, 324, 552.
1601 ff.	225.
1602	141, 142, 458.
1603	325.
1604	141, 322.
1605	141, 458.
1606	644.
1610	190.
1613	167, 192, 539.
1613—1616	292.
1614	619.
1617	192, 224, 292, 325, 326, 540, 769.
1617—1620	292.
1618	504.
1619	325.
1621	663, 662.
1622	541.
1626	578.
1630	192.
1630—1634	292.
1631	541.
1632	292.
1633	578.
1634	192.
1635	192.
1636	233, 290, 518, 714.
1636 ff.	233, 370, 680, 713.
1636—1734	735.
1637	233, 621, 713.
1637 ff.	226.

Digitized by Google

Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:
1637—1639	619, 620.	1693	150, 151, 256, 308, 314, 385, 424, 426, 479, 501. 505, 549, 719, 720, 741, 766, 837, 859, 862.	1772—1779	735.
1640	619, 622, 740, 769, 789.			1776	519, 716, 736.
1641	151, 662, 663.			1777	574.
1642	151.	1694 ff	704.	1778	740.
1643	292.	1696	505, 838, 839.	1779	477.
1650	713.	1697	143, 191, 193, 215, 519, 717, 791, 811, 839.	1780	233, 290, 445.
1652	192, 202, 223, 292, 323, 325, 540, 769.	1698	663.	1781	346, 417, 418, 518, 519, 742.
1654	540, 541, 543.	1700	403, 503, 549, 719, 741.	1783	164.
1655	192, 325.	1701	663, 741.	1784	477, 622, 643.
1657	234, 290, 310, 318, 417, 504, 519, 710, 716, 742.	1708	505, 711, 712, 743.	1786	619.
		1710	704.	1789	417, 481, 663.
1657 ff.	235.	1713	505.	1791	181, 355, 499, 740, 805.
1658	290, 417, 418, 518.	1715	192, 193, 202, 204, 718, 791, 818.	1791 ff.	668.
1660	741.			1792	164, 291, 324, 346, 466, 689, 805.
1661	175, 519.	1716	150, 611, 612.		
1662	322.	1717	150, 412, 839.	1793	209, 355, 445, 545.
1664	790.	1718	150.	1794	480.
1665	223, 292, 540.	1722	282.	1795	527, 657, 658, 689.
1667	644.	1723	281, 282.	1796	573.
1668	505.	1727	281, 282.	1797	346, 466, 499, 640, 805.
1669	322, 385.	1730	804, 805.	1798	499, 500, 805.
1670	322, 323, 477, 870.	1731	804.	1799	150, 151, 188, 308, 314, 385, 413, 424, 426, 427, 479, 501, 523, 644, 766, 789, 803, 804, 805, 837, 859, 862.
1675	143.	1736	741, 742.		
1677	575.	1740	164.		
1679	192, 202, 310, 504, 505, 619, 663, 741, 790.	1743	193.		
		1769	742.		
1682	823.	1771	290, 712, 716, 735, 736, 737, 740.	1801	150.
1690	142, 201, 203.			1802	192, 321, 322, 323, 631, 870.
1692	310, 519.	1771 ff.	574, 713, 715, 734, 742, 743.	1803	322, 381, 382, 740, 870.
		1772	475, 518.	1826	385.

Einführungsgesetz zur Reichsversicherungsordnung.

1	2, 367.	31	2	65	271.
2	2.	32	2, 16, 27, 236, 415.	66	840.
3	740.	33	2, 15, 152.	71	42, 43, 121, 193.
4	2, 209, 521, 572.	34 ff.	582.	74	46.
5	232, 370.	34	2, 14, 15, 20, 126, 152, 188, 270.	79	161, 215.
6	2, 4, 511.			80	505, 757.
14	200, 246, 272, 367, 584, 848, 872.	35	2, 15, 20, 126, 188.	85	2, 5, 6, 68, 348, 403, 453.
		36	2, 15, 20, 126.		
15	3, 27, 56.	37	2, 15, 20, 126.	86	2, 5, 6, 7, 127, 231, 233, 290, 291, 346, 742.
16	272, 724, 725.	38	2.		
20	545.	39	2, 15, 20, 126, 188.	86—99	346.
24	161, 223.	40	2.	87	2, 5, 6, 7, 742.
25	2, 24, 39.	41	2, 751.	88	453.
26	8.	42	2, 246, 269.	89	68, 403.
28	608.	60	161, 166, 212, 213, 310, 453, 622, 822.	92	41.
29	2, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 37, 38, 56, 128, 161, 175, 184, 320, 342, 534.	60 ff.	757.	96	2, 6.
		61	505, 757.	97	91, 453.
30	2, 3, 4, 5, 55, 72, 161, 512, 606.	62	757, 758.	99	161.
		64 ff.	161.	100	37, 85, 232, 615, 719.

Gesetz, betr. Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung vom 4. August 1914.

(Text siehe Seite 567.)

1 ff.	590.	3	634, 777, 829.		

Digitized by Google

Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:
Gesetz, betr. Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen vom 4. August 1914. (Text siehe Seite 569.)					
1	590, 591, 702, 773, 775, 806, 867.	2	591, 677, 700.	3	591, 605, 629, 725, 739, 748.
Krankenversicherungsgesetz vom 25. Mai 1903.					
1	66, 67, 89, 90, 207, 248, 250, 285, 331, 548, 615, 740, 761.	26 a	160, 162, 177, 178, 179, 182, 264, 450, 452, 493, 631, 704, 806, 808, 857.	57 a	500, 690, 691.
2	7, 23, 249.	27	90, 248, 283, 368, 500.	57 b	5, 850.
2 a	272, 273.	28	3, 151, 179, 182, 183, 739, 802.	58	5, 85, 127, 231, 232, 290, 291, 308, 345, 346, 370, 483, 592, 642, 705, 713, 813.
2 b	200, 308.				
3	103, 275, 276, 285. 373, 540.	29	449.	59	90.
		31	585.	60	587.
3 a	90, 402, 490, 683.	32	585.	61	587.
3 b	372, 373, 374.	33	329, 587, 806.	63	90, 523, 587.
4	80, 246, 269, 332, 373. 523, 536, 690.	35	687.	64	283, 586, 715, 753, 754.
		38	280, 544.	65	346.
5	332.	38 a	544.	70 a	515.
5 a	163.	39	829.	72	346, 715.
6	4, 20, 155, 169, 372, 373, 474, 592, 642, 643, 690, 717, 718, 739, 740, 789.	40	108.	73	346, 586, 715, 857.
		42	328, 364, 705.	75	40, 198, 263, 342.
		44	401.	75 a	25, 39, 317.
6 a	209, 449, 493, 808.	45	328, 329, 544, 705, 715.	76	340.
7	162, 382, 383, 424, 592, 642.	46	108, 715.	76 a	857.
		46 a	107.	76 c	749, 856.
9	367.	47	367.	78	715.
11	200.	49	705, 707, 709.	78 a	717, 718, 740.
16	318.	50	127, 174, 231, 232, 233, 246, 290, 345, 346, 370, 483, 484, 492, 705, 707, 708, 709, 713, 714, 853.	80	127, 484, 705.
19	317, 342, 523.			81	232, 483, 707, 709.
20	137, 356, 585, 642, 643, 515.			84	5
				140	269.
21	139, 356, 449, 450, 545	52	141, 268, 473, 614, 853.	170	761.
22	585, 586, 587.	53 a	5.	175	847.
24	355, 449, 559.	55	343.	182	169.
26	114.	56 a	329, 771.	418	492.
		57	151, 200, 307, 339, 340, 382, 425, 426, 712, 736, 740, 760, 789.	802	802.
Gewerbeunfallversicherungsgesetz vom 30. Juni 1900.					
Allg.	40, 41, 69, 91, 210, 211, 240.	23	598, 768.	80	327.
		25	534, 589, 712, 713, 736, 742, 837.	88	403, 404.
1	117, 195, 403, 528, 576, 605, 622, 765.			89	41.
		26	5, 737.	94	45, 549.
2	135, 502, 548, 737.	27	5.	96	577, 734.
3	91, 92, 335.	41	69.	103	136, 210.
4	165.	42	687.	112	47, 211.
5	91.	47	364.	127	712.
6	848.	49	410.	135	165.
9	214, 551, 814.	59	41.	140	165.
10	384.	69	231, 612, 859, 860,	141	210.
12	49.	70	136.	146	210, 211, 212, 452, 480, 550.
14 c	313.	71	810.		
16	119, 553.	72	165, 166, 219.	147	211.
16—20	358.	73	116, 741, 742.	148	211.
17	596.	75	814.	150	210.
18	382, 595, 596.	76	327, 643.	151	210.
22	549.	77	540.	153	211.

Digitized by Google

Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:
Unfallversicherungsgesetz für Land- und Forstwirtschaft vom 30. Juni 1900.					
1	165, 337, 383, 576.	26	5.	63	113.
2	335.	27	429, 430, 822.	76	240.
4	333, 383.	29	429, 430.	78	219.
9	5, 212.	31	5, 737.	147	313.
10	576.	32	5.	151	313.
11	5, 213.	33	761.	165	430, 431.
16	195.	55	741.		
Bau-Unfallversicherungsgesetz vom 30. Juni 1900.					
2	335.	29	575.		
See-Unfallversicherungsgesetz vom 30. Juni 1900.					
17	549.	31	5.	75	240.
30	5, 737.	32	116.	158	5.
Invalidenversicherungsgesetz vom 13. Juli 1899.					
4	441, 615, 818.	50	112, 734, 735, 736, 737.	112	60, 62, 192, 736.
5	42, 349, 682, 769, 791.	51	783.	113	712, 736.
14	57, 384.	55	577, 735, 783.	116	94.
15	46, 783.	62	662.	135	384, 594, 595.
16	791.	74	376.	141	833.
18	382, 715.	82 a	481.	145	480.
23	5, 715.	91	364.	146	57, 58, 144, 145, 791.
28	192, 216.	98	348, 350, 351, 352, 353,	155	83.
41	814, 815, 816.		354, 375, 376, 377, 378,	177	481.
44	447.		379, 380, 394, 395, 397,	178	480.
46	398.		398, 399.	187	669.
47	767, 768.	104	662.	194	395, 398.
48	44, 94, 95, 446, 758, 783.	108	397, 398, 399.		
49	112, 712, 735, 736, 783.	109	398.		
Gesetz, betr. die Invaliditäts- und Altersversicherung vom 22. Juni 1889.					
3	615.	16	791.	75	60.
4	790, 791.	17	791.	122	83.
8	57.	29	446.	142	211.
10	791.	30	791.		
Versicherungsgesetz für Angestellte.					
Allg.	359, 361.	14	96.	54	96.
1	361, 362, 385, 386, 405,	15	96, 783, 867.	60	567.
	432, 433, 434, 457, 458,	16	506, 645.	66	815.
	506, 554, 615, 721, 769,	17	287, 506, 721.	67	815.
	770, 782, 792, 821, 840,	18	241, 721, 783, 787.	72	564.
	858, 866.	19	721.	88	567.
	786.	25	721.	93	735.
2	96, 482, 721, 782.	33—34	564.	97	432.
3	772.	36 ff.	122, 579, 747.	100 ff.	432.
6	821.	40	199, 785.	105	432.
7	265.	43	199.	145 ff.	77.
8	615.	48	784, 867.	150	96.
9	187, 504.	49	96, 288.	152	96.
10	24.	50	288.	156—169	31.
11	269, 578.	51	96, 562, 721, 733, 787.		

Digitized by Google

Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:
170	578, 645, 786.	209	567.	376	653.
172	645.	210	216, 482.	380	578.
173	786.	224	432.	388	438, 792.
174	432.	225	432.	390	123, 287, 288, 406, 438, 482, 530, 578, 645, 646, 472, 743, 784, 792.
176	506, 743.	227	645, 743.		
177	506, 645, 743.	228	567.		
178	506, 645.	229	482.	391	241, 482.
179	645.	322—323	385.	392	743.
181	646, 647, 743.	340	640, 743.	393	363, 722.
187	646, 647.	372	792.	394	96, 146, 287, 288, 867.
189	385.	373	438, 792.	395	146, 363, 867.
194	385.	374—386	792.	396	784, 867.
196	385.			398	96, 482, 567, 784.
201	96, 241, 784.				

Bürgerliches Gesetzbuch.

9	563.	285	852.	821	584.
13	564.	286	852.	823	47, 164, 510, 708, 709, 854.
14	564.	287	852.		
15	563, 564.	288	725, 852.	823 ff.	165, 296.
16	564.	315	637.	826	313.
17	564.	330	362.	831	164, 851.
18	564.	339	852.	839	78.
19	564.	362	136, 690.	847	164, 510.
20	564.	368	76.	852	406, 407.
31	343.	369	439.	1354	70.
49	440.	370	76.	1363 ff.	567.
89	343.	387	661.	1432 ff.	567.
90	557.	394	577.	1593	543.
93	593.	407	313.	1594	543.
97	593, 666.	412	313.	1595	543.
113	162.	421	127, 268, 726.	1596	543.
115	76.	422	726.	1601	119.
123	498, 624, 740.	426	56, 127, 473.	1603	119, 553.
130	167, 391.	571	557.	1617	103, 175.
138	115, 128, 168, 624.	608	725.	1638	567.
157	128.	611	636.	1643	494.
167	392.	615	48, 648, 673, 858.	1649 ff.	567.
171	392.	616	176, 286, 366, 565, 584, 704, 750, 786.	1654	584.
178	313.			1660	584.
187	406, 559.	617	246, 430, 610, 747, 772.	1715	176, 438.
196	826.	620	781.	1719	539.
203	566, 567.	626	27, 565, 673, 728, 750, 781, 782.	1720	539, 542, 543.
205	567.			1823	494.
208	147.	627	636, 637.	1922	812, 813, 814.
212	406.	628	400.	1924	812.
263	690.	669	648.	1925	812.
269	272.	670	648.	1936	818.
276	852.	701	665.	1964	818.
278	265, 266, 343, 852.	812	128, 584, 665, 679, 725.	1965	818.
284	871.	812 ff.	680, 850, 851.		
284 ff.	852.				

Handelsgesetzbuch.

59	554, 695.	66	747, 781, 782.	456	665.
60	747.	70	628.		
63	80, 247, 431, 435, 786.	72	565, 747, 781, 782.		

Gewerbeordnung.

55	200, 223, 291, 292.	105b ff.	692.	124	675.
59	292.	115 a	48.	124 a	648, 673, 675.
62	133.	117	48.	133 a	647, 648, 673.
82	558.	122	48.	133 b	673.
90	857.	123	648, 673, 675, 762.	133 c	786.
96	857.	123 a	675.	133 f	647, 648.
100	558.				

Digitized by Google

Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:
Zivilprozeßordnung.					
12	621.	247	566, 567.	563	193.
13	621.	249	566.	565	64, 194.
36	406.	256	538.	579	713.
76	392.	384	541.	580	281.
222	112, 327.	385	540.	584	281.
233	666, 760.	393	541.	640	540.
233—238	759.	496	406.	866	511.
239	566.	505	406.	946 ff.	564.
241	566.	536	713.	960 ff.	564.
		539	64, 65.		
Konkursordnung.					
1	342.	207	416.	213	416.
61	118, 367, 416, 484.	208	416.		
Strafgesetzbuch.					
2	707.	67	428, 479.	263	211, 212, 774, 854.
31	364.	68	479.	329	563.
32	364.	90	563.	361	738.
49	94.	119	79.	367	493.
57	94.	140	563.		
60	505.	230	47.		
Kaiserliche Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter vom 24. Dezember 1911.					
18	857.	40	228.	79	539.
19	392.	45	234, 660.	81	192, 746.
21	716, 738.	60	417, 518.	83	326.
23	128, 717.	63 ff.	20.	92	61.
28	234, 660.	73	192.	96	859.
29	566.	74	192.	97	203, 314, 611, 766, 837.
39	321.	76—80	745.		
Kaiserliche Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Oberversicherungsämter vom 24. Dezember 1911.					
14	381, 498, 871.	21	566.	43	20.
16	716.	28	769.	44	381.
18	717.	42	385.	47	382.
Kaiserliche Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren des Reichsversicherungsamts vom 24. Dezember 1911.					
4	575.	24	392.	38	318.
Kaiserliche Verordnung, betr. die Inkraftsetzung von Vorschriften der RVO. vom 5. Juli 1912.					
3	2.	4	85.	7	24, 39.
Bekanntmachung des Reichskanzlers über Art und Form der Rechnungsführung der Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen vom 9. Oktober 1913.					
1 ff.	129, 130.	4	11, 37.	9—10	244.
Bekanntmachung des Reichskanzlers über Befreiung vorübergehender Dienstleistungen von der Krankenversicherungspflicht vom 17. November 1913.					
1 ff.	253, 304, 703, 872.	1, 3	295, 298, 320, 392, 440, 534, 697, 775.	1, 4 1, 5	298, 319, 441, 581. 679.
Bekanntmachung des Reichskanzlers über Durchführung der hausgewerblichen Krankenversicherung vom 5. Dezember 1913.					
1 ff.	24.	5	255.	14	559.
2	237.	9	256.		

Digitized by Google

Verzeichnis der Abhandlungen und Sprechsaal-Erörterungen.

I. Allgemeines oder für mehrere Gebiete Gemeinschaftliches.

Seite

Brunn, Landesrat Dr., Ein Beitrag zu dem Thema: Der Krieg und die Sozialversicherung 732
Hahn, Geh. Justizrat, Die Sozialversicherung und der Krieg 561
Herzfeld, Rechtsanwalt Dr., Gilt § 1542 RVO. (§ 57 Abs. 4 KVG.) auch für Versicherungsberechtigte? . . 339
Hoch, Gustav, Mitgl. d. Reichst., Beschwerderecht der überstimmten Vorstandsmitglieder 657
Illing, Landesrat, Die Nebenstrafe des § 1488 der Reichsversicherungsordnung 825
Ungenannt (Aus einem Gutachten), Gehören die in Krankenhäusern hauswirtschaftlich Beschäftigten zu den Dienstboten? 770
Ungenannt, Versicherungspflicht der „Lehrlinge" im niederen Bureaudienst 579

II. Krankenversicherung.

Seite

Astfalck, R., Dr., Die Behandlung der Erstattungsansprüche aus § 50 KVG. nach dem 1. Januar 1914 . . 231
Astfalck, Dr., Versicherungsrechtliche Beurteilung der „liebevollen Aufnahme" 625
Banzhaf, C., Die neue Rechnungsführung der Krankenkassen 129
Berthold, Rechtsanwalt Dr., Wann endigt die Tätigkeit des vom Versicherungsamte nach § 329 RVO. bestellten Vertreters des Vorsitzenden der Ortskrankenkasse? 363
Fuld, Justizrat Dr., Das Recht des Kassenarztes auf Annahme der Dienstleistungen 636
Gerlach, Kreisassessor Dr., Die untere Verdienstgrenze als Voraussetzung der Krankenversicherungspflicht 696
Goerlitz, Magistratsassessor Dr., Die untere Verdienstgrenze als Voraussetzung der Krankenversicherungspflicht 441
Goerlitz, Magistratsassessor Dr., Das Unterlassen vorschriftsmäßiger Abmeldung bei der Krankenkasse 851
Hahn, Geh. Justizrat, Zum Inkrafttreten des neuen Krankenversicherungsrechts 2
Hahn, Geh. Justizrat, Die Stellung des Vorsitzenden bei getrennter Abstimmung in den Kassenorganen 49
Hahn, Geh. Justizrat, Stillgeld, wenn die Niederkunft vor dem 1. Januar 1914 stattgefunden hat? 72
Hahn, Geh. Justizrat, Bemessung der Kassenbeiträge für sechs oder sieben Wochentage? 153
Hahn, Geh. Justizrat, Erwiderung auf den Artikel von Olshausen, Einige Fragen aus dem Gebiet der Krankenversicherung 182
Hahn, Geh. Justizrat, Nochmals: Die Ersatzansprüche der Krankenkassen wegen unterlassener Anmeldung nach § 50 KVG. 369
Hahn, Geh. Justizrat, Sind die Krankenaufseher bei Betriebskrankenkassen vom Arbeitgeber zu besolden? 753
Helms, Magistratssyndikus, die Vorentscheidung im Beschlußverfahren der Versicherungsämter 518
Hoffmann, Geh. Oberregierungsrat, Zur Anwendung des Artikels 29 des Einführungsgesetzes zur Reichsversicherungsordnung 7
Hoffmann, Wirkl. Geheimer Oberregierungsrat Dr., Ersatzansprüche der Krankenkassen wegen unterlassener Anmeldung versicherungspflichtiger Beschäftigter 345
Hoffmann, Wirkl. Geheimer Oberregierungsrat Dr., Zur Anwendung des § 174 RVO. 370
Hoffmann, Wirkl. Geheimer Oberregierungsrat Dr., Nochmals: Die Ersatzansprüche der Krankenkassen wegen unterlassener Anmeldung nach § 50 KVG. Dazu Hahn, Geheimer Justizrat, Erwiderung 483
Hoffmann, Wirkl. Geheimer Oberregierungsrat Dr., Zur Krankenversicherung der Dienstboten 489
Hoffmann, Wirkl. Geheimer Oberregierungsrat Dr., Zur Anwendung des § 384 Abs. 1 RVO. 585
Hoffmann, Wirkl. Geheimer Oberregierungsrat Dr., Zur Anwendung der §§ 169, 170, 171 RVO. . . . 681
Hoffmann, Wirkl. Geheimer Oberregierungsrat Dr., Die Anstellung geschäftsleitender Kassenbeamten zu Vollstreckungsbeamten 755
Hoffmann, Wirkl. Geheimer Oberregierungsrat Dr., Können sich Personen, die nach § 169 RVO. versicherungsfrei werden, weiterversichern? 801
Hoffmann, Geh. Oberregierungsrat Dr., Kann bei Anwendung der §§ 170, 171 RVO. der Zeitpunkt für den Beginn der Versicherungsfreiheit in die Vergangenheit verlegt werden? . . 849

Digitized by Google

Seite

Keidel, J., Regierungsrat, Die Vorschriften der RVO. über Fristen in ihrer Anwendung auf die Krankenversicherung 513
Kleeis, Friedr., Der Vorsitzende des Ausschusses der Krankenkasse . . . 29
Kleeis, Friedr., Die Anmeldung der im Wandergewerbe Beschäftigten zur Krankenversicherung 133
Kleeis, Friedr., Statistisches über die Neuwahl der Krankenkassenorgane 277
Kleeis, Friedr., Können die Beiträge für freiwillige Krankenkassenmitglieder (insbesondere Kriegsteilnehmer) gestundet werden? 633
Kleeis, Friedr., Die Gewährung der Krankenkassenleistungen an die Kriegsteilnehmer in der Praxis 729
Kleeis, Friedr., Der Wiedereintritt der Kriegsteilnehmer in die Krankenversicherung 777
Kleeis, Friedr., Wie ist zu verfahren, wenn die Ersatzmänner für ein Kassenorgan aufgebraucht sind? 828
Kobler, Oberregierungsrat, Die Vorentscheidung im Beschlußverfahren der Versicherungsämter 417
Lehmann, Helmut, Das Genehmigungsverfahren für die Dienstordnungen der Krankenkassen 443
Leicht, Großh. Rat, Die Krankenversicherung der Hausgewerbtreibenden 249
Leicht, Großh. Rat, Hat der Auftraggeber auch für versicherungsfreie Hausgewerbtreibende Zuschüsse zu zahlen? . 338
Marquardt, H., Rechtsanwalt, Eigenbetriebe der Krankenkassen . . . 493
Mattcke, Rechnungsrat, Zur Buchführung der Krankenkassen 243
Olshausen, Regierungsrat Dr., Einige Fragen aus dem Gebiet der Krankenversicherung 177
Pfannkuchen, L., Gehört das Wochen- und Schwangerengeld zu den Kassenleistungen im Sinne der §§ 313 Abs. 2 und 189 RVO? 157
Posse, Regierungsassessor Dr., Krankenversicherung der Beamten und Lehrer 273

Seite

Posse, Regierungsassessor Dr., Zu Nr. 11 des Berliner Abkommens zwischen Krankenkassen und Aerzten . 469
Schäffer, Ministerialrat, Hat der Auftraggeber auch für versicherungsfreie Hausgewerbtreibende Zuschüsse nach § 469 ff. RVO. zu zahlen? 394
Schlenther, Regierungsrat, Kostenfragen im Verfahren vor dem Versicherungsamt 321
Schmidt, Gerichtsassessor Dr., Die Entscheidung über Erstattungsansprüche aus § 50 KVG. 290
Schönwald, Kassenführer, Zur Buchführung der Krankenkassen 387
Seelmann, Landesversicherungsassessor, Welche Bedeutung hat es für die Krankenversicherung, wenn jemand gleichzeitig mehrere Beschäftigungen ausübt? 297
Seitz, Regierungsrat, Ersatzansprüche der Krankenkassen wegen Säumnis in der An- und Abmeldung der Versicherten 705
Sonderhoff, Dr., Vorsitzender des Versicherungsamts Hamburg, Die Ueberleitung der bestehenden Kassenverbände in das neue Recht 105
Ungenannt, Zur Bemessung der Kassenbeiträge nach der Reichsversicherungsordnung 33
Ungenannt, Zum Ausschluß freiwillig Versicherter wegen Einkommens über 4000 M. 98
Ungenannt, Anspruch der durch die Reichsversicherungsordnung versicherungspflichtig Gewordenen wegen einer bereits bestehenden Krankheit 243
Ungenannt, Zur Krankenversicherung der Beschäftigten eines Wandertheaters 291
Ungenannt, Prüfungsordnungen für Kassenangestellte 465
Ungenannt, Zur Krankenversicherung der Hausgewerbtreibenden . . 506
Ungenannt, Eine Erweiterung der Zuständigkeit der Landkrankenkassen . 609
Ungenannt, Kein Krankengeld neben Wochengeld 696

III. Unfallversicherung.

Seite

Full, Geh. Justizrat, Hofrat Dr., Gefährdung des Ersatzanspruchs der Berufsgenossenschaft durch Vergleich zwischen dem Verletzten mit dem Dritten? 313
Heidecker, Theodor Dr., Stadtrat, Die Kosten eines ärztlichen Gutachtens im Einspruchsverfahren der §§ 1591 ff. RVO. 109
Könen, Th., Verwaltungsdirektor, Aus der berufsgenossenschaftlichen Verwaltungspraxis 419
Koeppen, Paul, Zur Einholung ärztlicher Gutachten im Einspruchsverfahren nach §§ 1591 ff. RVO. . . . 313

Seite

Koeppen, Paul, Zur Einholung ärztlicher Gutachten im Einspruchsverfahren der Unfallversicherung (§§ 1595, 1596, 1598 RVO.) 611
Kurtzig, Magistratsassessor Dr., Das Einspruchsverfahren der Unfallversicherung 225, 258
Tieling, Erich, Dr., Zur Anwendung des § 576 RVO. 49
Ungenannt, Uebernahme der Kosten für Leichenöffnungen 72
Ungenannt, Nochmals: Die Zurückverweisung von Rentensachen an die Landesversicherungsanstalt 292
Wüst, Regierungsrat, Zur Auslegung des § 1598 RVO. 458

Digitized by Google

IV. Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Kaisenberg, Bezirksassessor Dr., Kommt dem § 1316 RVO. rückwirkende Kraft zu? . . . . . Seite 757
Kobler, Oberregierungsrat, Der Eintritt in die Selbstversicherung und die nachträgliche Entrichtung von Beiträgen (§§ 1243 und 1443 RVO.) . . Seite 57
Path, Landesobersekretär, Hat eine Doppelwaise einen doppelten Anspruch auf Waisenrente? . . . . . Seite 445
Schlenther, Regierungsrat, Die Voraussetzungen der Witwenrente . . Seite 81
Schlenther, Regierungsrat, Die Zurückverweisung von Rentensachen an die Landesversicherungsanstalt . . . Seite 201
Seitz, Regierungsrat, Der Nachweis der ehelichen Geburt im Rentenfeststellungsverfahren (§§ 1259, 1291 RVO.) . . . . . Seite 538
Simm, Magistratsassessor Dr., Streit über Beiträge zur Invalidenversicherung bei der Rentenfestsetzung . . . Seite 83
Simm, Magistratsassessor Dr., Die Sterbeurkunde von Kriegsgefallenen . Seite 745
Ungenannt, Die Zurückverweisung von Rentensachen durch das Oberversicherungsamt an die Landesversicherungsanstalt nach § 1690 RVO. . Seite 59
Ungenannt, Nochmals: Die Zurückverweisung von Rentensachen an die Landesversicherungsanstalt . . . . Seite 292
Weber, Regierungsassessor Dr., Die Rechtsverhältnisse der mittleren und unteren Beamten der Preußischen Landesversicherungsanstalten . . 347, Seite 875

V. Angestelltenversicherung.

Bleeck, Rechtsanwalt, Das Verfahren vor den Gerichten für Angestelltenversicherung . . . . . Seite 31
Jähnel, Gustav, Die Angestelltenversicherung und der Krieg . . . . . Seite 781

VI. Sonstiges.

Kleeis, Friedr., Die Einführung der Arbeiterversicherung in Rußland . . Seite 204
Ungenannt, Der Krieg . . . . Seite 537

Mitteilungen. Kurze Erörterungen.

I. Allgemeines. Gemeinschaftliches.

Abkommen zur Regelung der Beziehungen zwischen Berufsgenossenschaften und Krankenkassen . . . . . Seite 22
Sozialversicherung und Krieg . . . . Seite 24
Verfahren in Knappschaftssachen in Preußen . . . . . Seite 52
Die Abschätzung der Erwerbsunfähigkeit Seite 99
Die Sozialpolitik im Reichstag . . . . Seite 169
Zum Begriff der Arbeitsunfähigkeit . Seite 169
Zur „Aufspeicherung von Schätzen" in der Sozialversicherung . . . . . Seite 173
Verbauungspause in der sozialen Gesetzgebung . . . . . Seite 221
Düsseldorfer Tagung für praktische Erfahrungen im Reichsversicherungswesen Seite 242
Ein Ersatzmann scheidet aus dem Ausschuß erst aus, wenn er in den Vorstand eintritt . . . . . Seite 363
Unterschiede der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung nach der Reichsversicherungsordnung und dem Versicherungsgesetz für Angestellte . . Seite 388
Für Fortsetzung der Sozialreform . . Seite 408
Aus dem Geschäftsbericht des Reichsversicherungsamts für das Jahr 1913 Seite 409
Versicherungspflicht der „Lehrlinge" im niederen Bureaudienst . . . . . Seite 579
Kriegsmaßnahmen im Gebiete der Unfall- und der Invalidenversicherung . Seite 676
Abdruck der Entscheidungen von Versicherungsbehörden . . . . . Seite 700
Das Abkommen zur Regelung der Beziehungen zwischen Berufsgenossenschaften und Krankenkassen . . . . Seite 796
Abdruck von Entscheidungen der Versicherungsbehörden . . . . . Seite 841
Nachweis des Todes von Kriegsgefangenen Seite 841

II. Krankenversicherung.

Ausgleich oder Interemistikum im Kampf der Aerzte und Krankenkassen . . . Seite 22
Ueber die Rechtslage der Ersatzkassen . Seite 24
Leitsätze für die Regelung der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Zahnärzten sowie Zahntechnikern (Dentisten) . . . . . Seite 25

Digitized by Google

	Seite
Verzeichnis der Krankenkassen in Preußen	26
Zur Einigung zwischen Aerzten und Krankenkassen in Württemberg	26
Das Abkommen zwischen Krankenkassen und Aerzten	50
Nahrungsmittelfälschung und Krankenkassen	53
Zur praktischen Durchführung des § 370 RVO.	74
Mitwirkung der Krankenkassen bei der Statistik des Beschäftigungsgrades	77
Unzulässige und übermäßige Arzneiverordnungen	78
Uebergangsschmerzen bei der Krankenversicherung (Dienstboten — Hausgewerbtreibende)	99
Musterdienstordnung für Krankenkassen nach Beschlüssen des Tarifausschusses	125
Die Bedeutung der Lohnbücher für die Krankenversicherung der Heimarbeiter	148
Befreiung städtischer Angestellter von der Krankenversicherungspflicht nach § 169 RVO.	149
Zum Begriff der Arbeitsunfähigkeit	169
Zum Einigungsabkommen zwischen Krankenkassen und Aerzten	172
Zur Ausführung des Berliner Abkommens zwischen Krankenkassen und Aerzten	197
Auflösung des Reichsverbandes Deutscher Aerzte	220
Preuß. Gesetzentwurf, betr. die Dienstvergehen der Beamten der Orts-, Land- und Innungskrankenkassen	220
Zahl und Stärke der Krankenkassen im Reich	266
Neue Friedensverhandlungen zwischen Aerzten und Krankenkassen	266
Zum Berliner Abkommen zwischen Krankenkassen und Aerzten	267
„Verteilung" der Kassenbeiträge nach § 396 Abs. 2 RVO.	268
Krankenkassenverbände	289
Zur Versicherungsberechtigung derjenigen, die schon vor dem 1. Januar 1914 mehr als 4000 M. Einkommen hatten	408
Betriebskrankenkassentag	408
Setzt § 418 RVO. einen Anspruch auch auf Wochenhilfe und Sterbegeld voraus?	434
Die Wahlen zu den Organen der Landkrankenkassen	435
Die Mitgliederversammlung des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen	435
Die Kündigungskrankheit	435
Musterfatzungen für hausgewerbliche Krankenversicherung	472
Die neuen Verträge der Krankenkassen mit den Aerzten	461, 485
Entstellung des Berliner Abkommens zwischen Aerzten und Krankenkassen	484
Vom Verbande der Aerzte Deutschlands (Leipziger Verband)	487
Zur Krankenversicherung der Hausgewerbtreibenden	506
Aufstellung des Rechnungsabschlusses und der Nachweisungen der Krankenkassen	508
Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen	531
Dauer der Krankenpflege bei unterbrochener Arbeitsunfähigkeit (§ 182 RVO.)	625
Ueber die freiwillige Weiterversicherung der zum Militärdienst eingezogenen Krankenkassenmitglieder	626, 723
Zwangskrankenkassen und Ersatzkassen	628, 676
Maßnahmen der Krankenkassen für die Kriegszeit	649
Zur Frage der Dienstbotenkrankenversicherung	650
Klage eines Arbeiters gegen den Arbeitgeber wegen Nichtanmeldung zur Krankenkasse	652
Kein Krankengeld neben Wochengeld	696
Zum Notgesetz, betr. die Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen	700
Kriegsmaßnahmen des Vereins der freigewählten Kassenärzte in Berlin	723
Zur freiwilligen Weiterversicherung der zum Militärdienst einberufenen Kassenmitglieder	723
Der Fünfpfennig-Zuschlag	746
Bestrebungen, die hausgewerbliche Krankenversicherung wieder einzuführen	748
Kriegskrankenkassen	771
Die Wirkung des Krieges auf die Geschäftsergebnisse der Krankenkassen	794
Zur Krankenversicherung während des Krieges	795
Wochenhilfe durch den Armenverband	798
Die Beihilfepflicht der Gemeinden, Arbeitgeber und Innungen nach § 2 des Notgesetzes vom 4. August 1914 und die Rücklage der Krankenkassen	842
Entwurf einer Satzung für die hausgewerbliche Krankenversicherung im Gemeindebezirk Berlin	842
Statutarische Bestimmungen für die hausgewerbliche Krankenversicherung bei der allgemeinen Ortskrankenkasse Stuttgart während des Krieges	843
Zur Abnahme der Zahl der Erwerbsunfähigen während des Krieges	867
Die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen während des Krieges	867
Ersatzkassen, an welche 4/5 der Arbeitgeberbeiträge abzuführen sind	868
Der Voranschlag der Krankenkassen auf das Jahr 1915	868
Die Buchung der „Ersatzleistungen" bei Krankenkassen	869

III. Unfallversicherung.

	Seite
Stellt § 584 RVO. eine Rechtsvermutung auch zugunsten des Verletzten für seinen Rentenanspruch fest?	52
Die Rechnungsergebnisse der Unfallversicherung im Jahre 1912	288
Unfälle „bei" der Beschäftigung, als Betriebsunfälle nach englischer Rechtsübung	389
Der Berufsgenossenschaftstag in Leipzig	459
Zur Frage der Gewöhnung an Unfallfolgen	555

Digitized by Google

Seite

Maßnahmen der Berufsgenossenschaften aus Anlaß des Krieges 627
Quittungskarten der zu den Fahnen Einberufenen 649
Die Unfallversicherung in der Metallindustrie im Jahre 1913 652
Das Abkommen mit Belgien 723
Die Kriegsfürsorge der Landesversicherungsanstalten 797

IV. Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Seite

Statistik der Heilbehandlung 76
Die Rechnungsergebnisse der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung im Jahre 1912 314
Die Zusatzversicherung zur Invalidenversicherung 390

V. Angestelltenversicherung.

Seite

Grundsätze der Reichsversicherungsanstalt 96
Entwurf des Voranschlags der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte auf das Jahr 1914 97
Gang und Stand des Heilverfahrens bei der Angestelltenversicherung . . 122
Grundsatz zu § 395 AVG. aus der Reichsversicherungsanstalt 146
Ueber unerfreuliche Folgen der Angestelltenversicherung 148
Stellungswechsel und Angestelltenversicherung 268
Wohnungsfürsorge durch die Reichsversicherungsanstalt und Siedelungen für Privatbeamte 315
Merkblatt der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte für die Einleitung eines Heilverfahrens 579
Verwendung von Mitteln aus der Angestelltenversicherung 628
Geschäftsbericht des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte 629
Merkblatt der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, betr. Beiträge für Versicherte, die von mehreren Arbeitgebern beschäftigt werden (z. B. Sprach-, Musik- und sonstige versicherungspflichtige Lehrer, Erzieher, Stundenbuchhalter, Krankenpfleger) . 645
Ersatzkassen 653
Eine Kriegs-Auskunfts- und Hilfsstelle für Arbeiter- und Angestelltenversicherung 698
Angestelltenversicherung der Kriegsteil-
Merkblatt der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte für die Entrichtung der Beiträge zur Angestelltenversicherung (Neue Fassung; gültig vom 1. Juli 1914 ab) 743
nehmer 747
Erstattung von Beiträgen zur Angestelltenversicherung beim Tode des Versicherten 821
Heilverfahren der Angestelltenversicherung während des Krieges 867

VI. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Seite

Gegenseitigkeitsverträge gemeindlicher Arbeitslosenversicherungen 52
Arbeitslosenversicherung 73
Haftet ein Beamter oder die Körperschaft, der er angehört, für Schaden bei schuldhafter Vereitelung von Wahlen? 77
Bekämpfung der Arbeitslosigkeit . . . 100
Zur gesetzlichen Vertretung von Ausländern, insbesondere Oesterreichern . 148
Vom poetischen Zahnarzt 174
Wie in Rußland die Krankenversicherung durchgeführt wird 267
Zur Arbeiterversicherung in Ungarn . 288
Für einheitliches Angestelltenrecht . . . 340
Blüten unfreiwilligen Humors 341
Vom guten Ton in Schriftsätzen . . . 409
Schadenshaftung des Arztes wegen unzureichender Fürsorge für den von ihm Behandelten 510
Arbeitslosenversicherung und Arbeitslosenfürsorge in Bayern . . . 533, 601
Die ständige Ausstellung für Arbeiterwohlfahrt 533
Sonntagsarbeit während des Krieges . 599
Fürsorge von Arbeitgebern für die zur Fahne Einberufenen 599
Aerztliche Versorgung während des Krieges 600
Zur Rechtslage der Angestellten während des Krieges 627
Die Entwicklung des Unterstützungswesens in den deutschen Gewerkschaften . . . 650
Fürsorge von Arbeitgebern für die zur Fahne Einberufenen 676
Volksversicherung und Arbeitslosenfürsorge 677
Die Arbeitslosenfürsorge während des Krieges durch die Gemeinden 698
Tuberkulosebekämpfung während des Krieges 722
Die Kriegsmaßnahmen der Arbeitgeber 747
Geschäftsbericht des Kais. Aufsichtsamts für Privatversicherung für 1913 . . 772
Soziale Gesetzgebung im besetzten Belgien 796
Der Franktireurkampf der französischen „Justiz" gegen deutsche Aerzte . . . 841
Kriegsunterstützungskasse für den Bezirk der Stadt und der Amtskorporation Stuttgart 842
Schreiben eines Kommandanten eines französischen Kriegsgefangenendepots bei den Akten einer deutschen Ortskrankenkasse 842

Digitized by Google

Gesetzgebung und Verwaltung.

I. Allgemeines. Gemeinschaftliches.

Seite

Erlaß des Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe — Wählbarkeit der Versicherungsvertreter zu den Organen der Versicherungsträger — vom 6. März 1914 234

Erlaß der Preuß. Minister für Handel usw. und des Innern — Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter, Zuziehung eines Schriftführers — vom 6. März 1914 234

Erlaß der Preuß. Minister für Handel usw. und des Innern — Zuziehung eines Schriftführers beim Versicherungsamt — vom 6. März 1914 660

Seite

Erlaß des Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe — Dienstsiegel der Quittungskarten — Ausgabestellen — vom 30. April 1914 384

Bekanntmachung des Reichskanzlers, betr. die Wahlen nach der Reichsversicherungsordnung, vom 4. September 1914 . . 638

Bekanntmachung des Reichskanzlers, betr. Festsetzung der Ortslöhne, vom 4. September 1914 638

Erlaß des Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe — Wahlen von Vertretern der Arbeitgeber und der Versicherten auf Grund der RVO. — vom 21. September 1914 686

II. Krankenversicherung.

Seite

1913

Erlaß des Reichskanzlers — Betriebskrankenkassen der Post- und Telegraphenverwaltung — vom 22. Juni 1913 38

Erlaß des Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe — Anmeldung der Versicherungspflichtigen — vom 14. November 1913 20

Erlaß des Reichskanzlers — Der Bezug von Ruhegehalt oder Hinterbliebenenversorgung wird durch Schließung einer Krankenkasse nicht berührt — vom 26. November 1913 38

Erlaß des Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe — Musterdienstordnungen vom 1. Dezember 1913 14

Erlaß der Preuß. Minister für Handel usw., für Landwirtschaft usw. und des Innern — Aerztl. Versorgung der Krankenkassen; zur Anwendung des § 370 RVO. — vom 2. Dezember 1913 . . 21

Erlaß des Preuß. Ministers des Innern — Zahntechniker und Krankenkassen — vom 2. Dezember 1913 38

Erlaß des Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe — Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers bei Befreiung von der Versicherung der Dienstboten — vom 4. Dezember 1913 39

Bekanntmachung des Reichskanzlers über Durchführung der hausgewerblichen Krankenversicherung vow 5. Dez. 1913 11

Erlaß des Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe — Hilfskassen — vom 6. Dezember 1913 39

Erlaß des Kaiserl. Aufsichtsamts für Privatversicherung — Rechnungslegung der Ersatzkassen — vom 19. Dez. 1913 189

Bekanntmachung des Reichskanzlers — Uebergangsbestimmungen, betr. die hausgewerbliche Krankenversicherung — vom 20. Dezember 1913 37

Seite

Erlaß des Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe — Krankenversicherung der im preußischen Staatsdienste beschäftigten Personen — vom 27. Dezember 1913 87

Erlaß des Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe — Krankenversicherung der im preußischen Staatsdienste beschäftigten Personen 87

1914

Erlaß des Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe: Aufsicht über Krankenkassen — örtliche Zuständigkeit des Versicherungsamts — vom 9. Januar 1914 164

Erlaß des Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe — Kassenzugehörigkeit landkassenpflichtiger Personen — vom 29. Januar 1914 188

Erlaß des Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe — Krankenkassen und Aerzte — vom 30. Januar 1914 . . 189

Erlaß des Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe — Befreiung von Dienstboten von der Versicherungspflicht — vom 4. Februar 1914 186

Erlaß des Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe — Versicherung der in der Landwirtschaft Beschäftigten und der Dienstboten — vom 12. Februar 1914 (siehe Berichtigung Seite 237) . 188

Erlaß des Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe — Dienstbotenkrankenkassen — vom 13. Februar 1914 . . 185

Erlaß der Preuß. Minister für Handel usw. und für Landwirtschaft usw. — Beamte der Krankenkassen — vom 18. Februar 1914 186

Erlaß des Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe — Quittungskarten-Ausgabe — vom 19. Februar 1914 . . . 236

Erlaß des Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe — Aufbewahrung der Wertpapiere — vom 28. Februar 1914 236

Digitized by Google

Seite

Erlaß des Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe — Angestellte geschlossener Krankenkassen — vom 6. März 1914 . 236
Erlaß des Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe — Krankenversicherung der im Staatsdienste beschäftigten Personen — vom 6 März 1914 236
Erlaß der Preuß. Minister für Handel usw. und für Landwirtschaft — Einfluß der Eingemeindung auf allgemeine Ortskrankenkassen und Landkrankenkassen — vom 11. März 1914 805
Erlaß des Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe — Verwendung von Kassenmitteln zum Besuche von Versammlungen — vom 17. März 1914 . 401
Erlaß des Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe — Ausführungsbestimmungen zum Berliner Abkommen zwischen Krankenkassen und Aerzten — vom 20. März 1914 282
Erlaß der Preuß. Minister für Handel usw., für Landwirtschaft usw. und des Innern — Vorschüsse der Gemeindeverbände an Krankenkassen — vom 24. März 1914 283
Erlaß des Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe — Beitragszahlung im Postscheck- und Bankverkehr — vom 26. März 1914 306
Erlaß des Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe — Musterdienstordnung für nebenamtlich Beschäftigte — vom 31. März 1914 306
Erlaß der Preuß. Minister für Handel usw. und für Landwirtschaft usw. — Beamte der Krankenkassen — vom 31. März 1914 354
Erlaß der Preuß. Minister für Handel usw. und für Landwirtschaft usw. — Beamte der Krankenkassen — vom 1. April 1914 355
Erlaß der Preuß. Minister für Handel, Finanzen und des Innern — Festsetzung und Beitreibung der Gebühren in Spruchverfahren der Krankenversicherung — vom 30. April 1914 . . 381
Erlaß der Preuß. Minister für Handel und für Landwirtschaft — Aufsicht über Krankenkassen — vom 2. Mai 1914 . 401
Erlaß des Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe — Versicherung der in der Landwirtschaft Beschäftigten und der Dienstboten — vom 9. Mai 1914 401
Erlaß der Preuß. Minister für Handel und des Innern — Versicherungspflicht der Familienangehörigen — vom 9. Mai 1914 424
Erlaß der Preuß. Minister für Handel und des Innern — Dentist oder Zahntechniker? — vom 11 Mai 1914 . . 424

Seite

Bekanntmachung des Reichskanzlers — Ablieferung von Beitragsteilen der Arbeitgeber an Ersatzkassen — vom 14. Mai 1914 424
Bekanntmachung des Reichskanzlers über die Zuweisung von Versicherten an die Landkrankenkassen (§ 236 Abs. 1 RVO.) vom 23. Mai 1914 401
Erlaß des Bad. Ministeriums des Innern — Begriff des „Kassenbereichs" im Sinne des § 375 RVO. — vom 29. Mai 1914 739
Erlaß der Preuß. Minister für Handel usw. und für Landwirtschaft usw. — Verwendung von Kassenmitteln für den Besuch von Versammlungen — vom 12. Juni 1914 472
Erlaß des Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe — Rechnungsführung der Krankenkassen — vom 13. Juni 1914 . 472
Erlaß des Preuß. Ministers des Innern — Zahntechniker und Krankenkassen — vom 15. Juni 1914 521
Erlaß der Preuß. Minister für Handel usw. und für Landwirtschaft usw. — Kassenvereinigungen — vom 25. Juni 1914 523
Erlaß des Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe — Wahlen für die Versicherungsbehörden und Versicherungsträger — vom 6. Juli 1914 521
Erlaß der Preuß. Minister für Handel usw. und für Landwirtschaft usw. — Aufsicht über die Krankenkassen — vom 13. Juli 1914 573
Erlaß des Preuß. Ministers für Handel usw. und für Landwirtschaft usw. — Verwendung von Kassenmitteln für den Besuch von Versammlungen — vom 16. Juli 1914 573
Erlaß des Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe — Gemeinsame Meldestellen — vom 7. August 1914 . . . 590
Bescheid des Staatssekretärs des Innern über die Rechtslage der Ersatzkassen 24
Bekanntmachung des Reichskanzlers über Pauschbeträge, die von den Versicherungsträgern zu den Kosten der Oberversicherungsämter zu entrichten sind vom 22. Oktober 1914 832
Bekanntmachung des Reichskanzlers — Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung — vom 26. November 1914 833
Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 3. Dezember 1914, betr. Wochenhilfe während des Krieges 833

III. Unfallversicherung.

Seit

Erlaß der Preuß. Minister für Handel usw., des Innern und der Finanzen — Abänderung der Ausführungsanweisung zur Gewerbeordnung, betr. Wandergewerbeschein und Erlaubnis zur Mitführung von Personen — vom 13. Dezember 1913 40

Seite

Erlaß des Preuß. Ministers der öffentl. Arbeiten — Zuständigkeit der besonderen Oberversicherungsämter in Angelegenheiten der Unfallversicherung — vom 16. Juli 1914 575

Digitized by Google

IV. Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Seite

Erlaß der Preuß. Minister für Handel, der Finanzen und des Innern — Pauschbeträge der Versicherungsträger bei den Oberversicherungsämtern — vom 24. April 1914 380

Seite

Erlaß der Preuß. Minister für Handel usw. und für Landwirtschaft — Versicherung der freiwilligen Erntehelfer — vom 7. September 1914 686

Bekanntmachung des Reichskanzlers — Anrechnung militärischer Dienstleistungen in der Arbeiterversicherung — vom 26. November 1914 839

Entscheidungen.

I. Allgemeines. Gemeinschaftliches.

1912 Seite

Bescheid des Reichsversicherungsamts vom 24. September 1912 687

1913

Entsch. des Bad. Verwaltungsgerichtshofs vom 18. März 1913 85

Beschluß des Oberlandesgerichts Colmar vom 19. März 1913 235

Bescheid des Reichsversicherungsamts vom 30. August 1913 136

Rekurs-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 19. September 1913 . . . 135

Beschluß des Reichsversicherungsamts vom 24. September 1913 112

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 2. Oktober 1913 86

Entsch. des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 6. Oktober 1913 . . . 112

Entsch. des Bayer. Verwaltungsgerichtshofs vom 13. Oktober 1913 112

Revisions-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 20. Oktober 1913 . . . 37 281

Urteil des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 23. Oktober 1913 35

Entsch. des Oberversicherungsamts Dresden vom 1. November 1913 688

Rundschreiben des Reichsversicherungsamts vom 3. November 1913 136

Rekurs-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 21. November 1913 . . . 327

Revisions-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 24. November 1913 . . . 498

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 20. Dezember 1913 497

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 30. Dezember 1913 234

Rekurs-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 30. Dezember 1913 . . . 710

1914 Seite

Beschluß des Reichsversicherungsamts vom 7. Januar 1914 380

Bescheid des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 26. Februar 1914 . . . 589

Urteil des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 19. März 1914 544

Revisions-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 23. März 1914 734

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 18. April 1914 519

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 25. April 1914 520

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 9. Mai 1914 613

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 9. Mai 1914 639

Revisions-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 11. Mai 1914 711

Rekurs-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 15. Mai 1914 759

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 20. Mai 1914 804

Entsch. des Sächs. Landesversicherungsamts vom 22. Mai 1914 661

Entsch. des Vorsitzenden des Versicherungsamts Kiel vom 23. Mai 1914 . . . 400

Entsch. des Oberversicherungsamts in Bremen vom 27. Mai 1914 660

Entsch des Reichsversicherungsamts vom 13. Juni 1914 687

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 13. Juni 1914 805

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 24. Juli 1914 832

Rundschreiben des Reichsversicherungsamts vom 25. August 1914 638

II. Krankenversicherung.

1912 Seite

Entsch. des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 10. Oktober 1912 . . . 402

Entsch. des Bad. Verwaltungsgerichtshofs vom 12. November 1912 207

Entsch. des Bad. Verwaltungsgerichtshofs vom 12. November 1912 208

Entsch. des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 28. November 1912 . . 114

1913 Seite

Urteil des Herzogl. Verwaltungsgerichtshofs in Braunschweig vom 2. April 1913 90

Urteil des Sächs. Oberverwaltungsgerichts vom 11. April 1913 424

Entsch. des Versicherungsamts Hamburg vom 21. Mai 1913 89

Entsch. des Bad. Verwaltungsgerichtshofs vom 25. Juni 1913 162

Digitized by Google

Seite

Urteil des Bayer. Verwaltungsgerichtshofs vom 8. Juli 1913 89
Entsch. des Bad. Verwaltungsgerichtshofs vom 16. September 1913 115
Entsch. des Bad. Verwaltungsgerichtshofs vom 17. September 1913 114
Urteil des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 25. September 1913 88
Bescheid des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 2. Oktober 1913 . . . 114
Beschluß des Reichsversicherungsamts vom 10. Oktober 1913 163
Bescheid des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 16. Oktober 1913 . . . 163
Beschluß des Reichsversicherungsamts vom 18. Oktober 1913 207
Beschluß des Reichsversicherungsamts vom 30. Oktober 1913 137
Beschluß des Reichsversicherungsamts vom 30. Oktober 1913 139
Bescheid des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 30 Oktober 1913 . . . 307
Urteil des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 30. Oktober 1913 308
Entsch. des Oberversicherungsamts in Bremen vom 5. November 1913. . . 66
Entsch. des Sächs. Landesversicherungsamts vom 8. November 1913. . . . 67
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 8. November 1913 499
Urteil des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 17. November 1913 332
Urteil des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 20. November 1913 264
Entsch. des Bayer. Landesversicherungsamts vom 29. November 1913 . . . 161
Beschluß des Reichsversicherungsamts vom 29. November 1913 209
Entsch. des Bayer. Landesversicherungsamts vom 29. November 1913 . . . 329
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 6. Dezember 1913 450
Urteil des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 11. Dezember 1913 382
Entsch. des Bad. Verwaltungsgerichtshofs vom 17. Dezember 1913 592
Beschluß des Reichsversicherungsamts vom 20. Dezember 1913 113
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 20. Dezember 1913 452
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 20. Dezember 1913 475
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 20. Dezember 1913 526
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 20. Dezember 1913 617
Urteil des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 22. Dezember 1913 425
Entsch. des Bad. Verwaltungsgerichtshofs vom 23. Dezember 1913 642

1914

Urteil des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 8. Januar 1914 425
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 24. Januar 1914 545
Vorentsch. des Vorsitzenden des Versicherungsamts in Kiel vom 26. Januar 1914 160
Entsch. des Versicherungsamts Besigheim vom 28. Januar 1914 159

Seite

Entsch. des Sächs. Landesversicherungsamts vom 31. Januar 1914 307
Entsch. des Versicherungsamts Hamburg vom 31. Januar 1914 330
Urteil des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 2. Februar 1914 . . . 856
Urteil des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 5. Februar 1914 328
Urteil des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 9. Februar 1914 448
Entsch. des Bayer. Verwaltungsgerichtshofs vom 9. Februar 1914 500
Verfügung des Versicherungsamts der Stadt Berlin vom 10. Februar 1914 . 237
Urteil des Landgerichts in Düsseldorf vom 12. Februar 1914 285
Entsch. des Versicherungsamts Darmstadt vom 25. Februar 1914 263
Entsch. des Versicherungsamts Guben vom 26. Februar 1914 206
Revisions-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 11. März 1914 574
Entsch. des Herzogl. Versicherungsamts Sonneberg vom 12. März 1914 . . . 284
Entsch. des Versicherungsamts Hamburg vom 19. März 1914 546
Beschluß des Württ. Oberversicherungsamts vom 23. März 1914 283
Urteil des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 23. März 1914 714
Entsch. des Oberversicherungsamts Mannheim vom 30. März 1914 573
Urteil des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 2. April 1914 547
Beschluß des Reichsversicherungsamts vom 4. April 1914 355
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 4. April 1914 545
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 18. April 1914 499
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 18. April 1914 527
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 18. April 1914 807
Entsch. des Versicherungsamts Hamburg vom 23. April 1914 854
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 25. April 1914 573
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 25. April 1914 640
Entsch. des Kgl. Oberversicherungsamts Köslin vom 27. April 1914 356
Urteil des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 30. April 1914 760
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 9. Mai 1914 642
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 9. Mai 1914 665
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 9. Mai 1914 806
Entsch. des Oberversicherungsamts Merseburg vom 11. Mai 1914 448
Urteil des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 14. Mai 1914 739
Revisions-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 19. Mai 1914 715
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 23. Mai 1914 523
Entsch. des Versicherungsamts Berlin vom 9. Juni 1914 473

Digitized by Google

Seite

Entsch. des Oberversicherungsamts Hamburg vom 13. Juni 1914 546
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 20. Juni 1914 835
Entsch. des Versicherungsamts Hamburg vom 22. Juni 1914 691
Entsch. des Oberversicherungsamts Meiningen vom 29. Juni 1914 808
Urteil des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 2. Juli 1914 762
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 13. Juli 1914 836
Entsch. des Versicherungsamts Osnabrück vom 15. Juli 1914 663
Entsch. des Thüring. Oberverwaltungsgerichts in Jena vom 21. Juli 1914 . 690
Entsch. des Oberversicherungsamts Münster vom 24. Juli 1914 614
Entsch. des Versicherungsamts Kiel vom 7. August 1914 614
Rundschreiben des Württ. Oberversicherungsamts vom 13. August 1914 . . 590
Entsch. des Oberversicherungsamts Osnabrück vom 19. August 1914 640
Entsch. des Oberversicherungsamts Osnabrück vom 19. August 1914 663
Entsch. des Oberversicherungsamts Osnabrück vom 19. August 1914 689
Entsch. des Versicherungsamts Karlsruhe vom 22. August 1914 713
Entsch. des Versicherungsamts Altona vom 24. August 1914 692

Seite

Entsch. des Oberversicherungsamts Hamburg vom 27. August 1914 854
Entsch. des Oberversicherungsamts Hamburg vom 8. September 1914 . . . 689
Entsch. des Versicherungsamts Breslau vom 10. September 1914 664
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 10. September 1914 787
Entsch. des Versicherungsamts Berlin vom 3. Oktober 1914 739
Entsch. des Versicherungtamts Karlsruhe vom 6. Oktober 1914. 718
Entsch. des Versicherungsamts Neustrelitz vom 6. Oktober 1914 761
Entsch. des Versicherungsamts Breslau vom 27. Oktober 1914 805
Entsch. des Bad. Verwaltungsgerichtshofs vom 18. November 1913 . . . 808
Beschluß des Versicherungsamts Kiel vom 29. November 1914 857
Entsch. des Bad. Verwaltungsgerichtshofs vom 9. Dezember 1913 808
Entscheidungen des Reichsversicherungsamts Nr. 1786—1796 115
Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts
Nr. 1803—1810 308
„ 1843—1855 501
„ 1857 575
„ 1867—1873 619
„ 1877—1888 739
„ 1901—1915 788

III. Unfallversicherung.

Seite

1912

Bescheid des Reichsversicherungsamts vom 25. April 1912 667
Bescheid des Reichsversicherungsamts vom 5. Juli 1912 693
Beschluß des Reichsversicherungsamts vom 12. Juli 1912 693

1913

Entsch. des Sächs. Landesversicherungsamts vom 18. Januar 1913 92
Entsch. des Reichsgerichts vom 7. Februar 1913 210
Entsch. des Oberversicherungsamts Hamburg vom 20. Februar 1913 . . . 116
Urteil des Reichsgerichts vom 29. März 1913 164
Revisions-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 7. Mai 1913 117
Rekurs-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 31. Mai 1913 41
Rekurs-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 31. Mai 1913 213
Entsch. des Sächs. Landesversicherungsamts vom 7. Juni 1913 92
Rekurs-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 14. Juni 1913 91
Rekurs-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 17. Juni 1913 190
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 25. Juni 1913 40
Bescheid des Reichsversicherungsamts vom 2. Juli 1913 668
Rekurs-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 4. Juli 1913 69

Seite

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 4. Juli 1913 477
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 12. Juli 1913 213
Entsch. des Oberversicherungsamts Danzig vom 3. September 1913 141
Rekurs-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 17. September 1913 . . 68
Entsch. des Versicherungsamts Aschersleben vom 10. Oktober 1913 . . . 357
Rekurs-Entsch. des Sächs. Landesversicherungsamts vom 11. Oktober 1913 478
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 15. Oktober 1913 190
Rekurs-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 29. Oktober 1913 . . . 189
Entsch. des Versicherungsamts Berlin vom 30. Oktober 1913 309
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 8. November 1913 165
Rekurs-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 11. November 1913 . . . 212
Rekurs-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 11. November 1913 . . . 621
Rekurs-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 14. November 1913 . . . 719
Rekurs-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 14. November 1913 . . . 741
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 17. November 1913 548
Rekurs-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 20. November 1913 . . . 763
Rekurs-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 22. November 1913 . . . 402

Digitized by Google

Seite

Urteil des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 27. November 1913 . . . 429
Rekurs-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 28. November 1913 . . . 358
Rekurs-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 4. Dezember 1913 . . . 403
Rekurs-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 6. Dezember 1913 . . . 264
Urteil des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 11. Dezember 1913 . . . 430
Beschluß des Bayer. Landesversicherungsamts vom 13. Dezember 1913 . . . 668
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 17. Dezember 1913 239
Rekurs-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 20. Dezember 1913 . . . 453
Entsch. des Oberversicherungsamts Magdeburg vom 30. Dezember 1913 . . . 357
Entsch. des Versicherungsamts Berlin vom 31. Dezember 1913 789

1914

Rekurs-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 3. Januar 1914 551
Urteil des Reichsgerichts vom 13. Januar 1914 383
Entsch. des Oberversicherungsamts Dresden vom 13. Januar 1914 . . 404
Rekurs-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 17. Januar 1914 . . . 740
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 26. Januar 1914 643
Entsch. des Oberversicherungsamts Königsberg vom 3. Februar 1914 . 667
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 11. Februar 1914 286
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 16. Februar 1914 549
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 16. Februar 1914 575
Rekurs-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 19. Februar 1914 . . . 287
Rekurs-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 20. Februar 1914 . . . 529
Rekurs-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 26. Februar 1914 333
Rekurs-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 6. März 1914 309
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 10. März 1914 592
Rekurs-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 11. März 1914 548

Seite

Rekurs-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 12. März 1914 528
Rekurs-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 20. März 1914 502
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 18. April 1914 549
Entsch. des Oberversicherungsamts Aachen vom 4. Mai 1914 529
Entsch. des Oberversicherungsamts Dortmund vom 4. Mai 1914 593
Rekurs-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 12. Mai 1914 765
Rek.-Entsch. des Bad. Landesversicherungsamts vom 14. Mai 1914 . . . 809
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 15. Mai 1914 859
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 19. Mai 1914 619
Bescheid des Reichsversicherungsamts vom 19. Mai 1914 643
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 20. Mai 1914 619
Entsch. des Versicherungsamts Kiel vom 22. Mai 1914 475
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 25. Mai 1914 668
Urteil des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 28. Mai 1914 837
Entsch. des Großh. Ministeriums des Innern in Mecklenburg-Schwerin vom 3. Juni 1914 478
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 18. Juni 1914 859
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 30. Juni 1914 837
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 12. August 1914 810
Entsch. des Oberversicherungsamts Dortmund vom 3. September 1914 . . . 666
Entscheidungen des Reichsversicherungsamts
Nr. 2656—2665 41
„ 2666—2684 117
Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts
Nr. 2685—2689 310
„ 2690—2693 383
„ 2694—2706 502
„ 2707—2717 577
„ 2718—2724 622
„ 2725—2731 742
„ 2732—2744 766
„ 2745—2756 790

IV. Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Seite

1913

Grundsätzl. Entsch. des Sächs. Landesversicherungsamts vom 22. Februar 1913 120
Urteil des Reichsgerichts vom 12. März 1913 70
Urteil des Reichsgerichts vom 12. März 1913 669
Revisionsentsch. des Reichsversicherungsamts vom 14. April 1913 195
Revisionsentsch. des Reichsversicherungsamts vom 7. Mai 1913 194

Seite

Entsch. des Bad. Verwaltungsgerichtshofs vom 8. Mai 1913 121
Revisionsentsch. des Reichsversicherungsamts vom 19. Mai 1913 166
Revisionsentsch. des Reichsversicherungsamts vom 11. Juni 1913 70
Revisionsentsch. des Bayer. Landesversicherungsamts vom 20. Juni 1913 . 214
Revisionsentsch. des Reichsversicherungsamts vom 21. Juni 1913 94
Revisionsentsch. des Reichsversicherungsamts vom 9. Juli 1913 215

Digitized by Google

Seite

Entsch. des Oberversicherungsamts Hamburg vom 15. Juli 1913 194
Revisionsentsch. des Reichsversicherungsamts vom 25. Juli 1913 144
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 6. September 1913 694
Bescheid des Reichsversicherungsamts vom 16. September 1913 145
Bescheid des Reichsversicherungsamts vom 16. September 1913 694
Entsch. des Kgl. Oberversicherungsamts Arnsberg vom 18. September 1913 . 119
Revisionsentsch. des Reichsversicherungsamts vom 19. September 1913 . . . 42
Revisionsentsch. des Reichsversicherungsamts vom 23. September 1913 . . . 43
Revisionsentsch. des Reichsversicherungsamts vom 11. Oktober 1913 43
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 14. Oktober 1913 42
Revisionsentsch. des Reichsversicherungsamts vom 17. Oktober 1913 143
Revisionsentsch. des Reichsversicherungsamts vom 24. Oktober 1913 167
Revisionsentsch. des Reichsversicherungsamts vom 4. November 1913 191
Urteil des Reichsgerichts vom 7. November 1913 93
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 13. November 1913 311
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 15. November 1913 426
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 15. November 1913 481
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 15. Dezember 1913 456
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 16. Dezember 1913 311
Entsch. des Oberversicherungsamts Hamburg vom 16. Dezember 1913 720

1914

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 7. Januar 1914 118
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 7. Januar 1914 552
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 12. Januar 1914 594
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 24. Januar 1914 428

Seite

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 24. Januar 1914 479
Revisionsentsch. des Reichsversicherungsamts vom 26. Februar 1914 577
Revisionsentsch. des Reichsversicherungsamts vom 26. Februar 1914 595
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 28. Februar 1914 623
Revisions-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 16. März 1914 811
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 21. März 1914 481
Revisionsentsch. des Reichsversicherungsamts vom 21. April 1914 552
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 25. April 1914 669
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 6. Mai 1914 742
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 23. Mai 1914 644
Revisionsentsch. des Reichsversicherungsamts vom 25. Mai 1914 767
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 9. Juni 1914 767
Vorentsch. des Vorsitzenden des Versicherungsamts Kiel vom 25. Juni 1914 . 503
Revisions-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 27. Juni 1914 838
Revisions-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 27. Juni 1914 863
Revisionsentsch. des Reichsversicherungsamts vom 7. Juli 1914 790
Entsch. des Vorstandes der Thüring. Landesversicherungsanstalt vom 13. Oktober 1914 819
Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 29. Oktober 1913 818
Entscheidungen des Reichsversicherungsamts
Nr. 1759—1775 46
„ 1776—1802 121
Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts
Nr. 1811—1813 312
„ 1814—1831 384
„ 1832—1856 504
„ 1858—1865 578
„ 1866—1876 624
„ 1878—1890 742
„ 1891—1900 768
„ 1913 791

V. Angestelltenversicherung.

Seite

1913

Entsch. des Preuß. Oberschiedsgerichts in Knappschaftsangelegenheiten vom 5. Juni 1913 792
Beschluß des Rentenausschusses Berlin vom 1. September 1913 216
Beschluß des Rentenausschusses Berlin vom 13. Oktober 1913 146
Beschluß des Rentenausschusses Berlin vom 13. Oktober 1913 265
Beschluß des Rentenausschusses Berlin vom 27. Oktober 1913 241
Entsch. des Rentenausschusses Berlin vom 27. Oktober 1913 432

Seite

Beschluß des Rentenausschusses Berlin vom 27. Oktober 1913 457
Entsch. des Rentenausschusses Berlin vom 10. November 1913 385
Beschluß des Rentenausschusses Berlin vom 1. Dezember 1913 553
Urteil des Kaufmannsgerichts Neukölln vom 5. Dezember 1913 431
Beschluß des Rentenausschusses Berlin vom 15. Dezember 1913 530
Beschluß des Rentenausschusses Berlin vom 15. Dezember 1913 554

Digitized by Google

1914

	Seite
Entsch. des Rentenausschusses Berlin vom 5. Januar 1914	721
Beschluß des Kammergerichts vom 21. Januar 1914	431
Bescheid des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt vom 31. Jan. 1914	385
Beschluß des Rentenausschusses Berlin vom 2. Februar 1914	596
Entsch. des Schiedsgerichts für Angestelltenversicherung vom 12. März 1914	482
Entsch. des Rentenausschusses Berlin vom 16. März 1914	820
Entsch. des Rentenausschusses Berlin vom 25. April 1914	769
Entsch. des Rentenausschusses Berlin vom 27. April 1914	840
Beschluß des Rentenausschusses Berlin vom 18. Mai 1914	866
Bescheid des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt vom 21. Oktober 1914	820
Beschluß des Rentenausschusses Berlin	405
Bescheide der Reichsversicherungsanstalt	505
Grundsätze aus der Uebung der Reichsversicherungsanstalt 241, 287, 359, 578, 721,	867
Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts f. Angestelltenversicherung	
Nr. 1—4	483
„ 5—8	530
„ 9—10	647
„ 11—12	722
„ 13—14	792
„ 15	867

VI. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

1912

	Seite
Entsch. des Gewerbegerichts Berlin vom 18. April 1912	47

1913

	Seite
Urteil des Gewerbegerichts Berlin vom 23. Januar 1913	48
Urteil des Reichsgerichts vom 3. Februar 1913	48
Entsch. des Reichsgerichts vom 7. März 1913	47
Urteil des Reichsgerichts vom 29. April 1913	168
Urteil des Reichsgerichts vom 2. Mai 1913	218
Entsch. des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 26. Mai 1913	71
Urteil des Reichsgerichts vom 30. Mai 1913	123
Urteil des Reichsgerichts vom 27. Juni 1913	598
Urteil des Gewerbegerichts Charlottenburg vom 8. Juli 1913	97
Urteil des Gewerbegerichts Charlottenburg vom 2. September 1913	648
Urteil des Reichsgerichts vom 24. September 1913	624
Urteil des Reichsgerichts vom 6. Oktober 1913	47
Entsch. des Bad. Verwaltungsgerichtshofs vom 7. Oktober 1913	97
Urteil des Reichsgerichts vom 9. Oktober 1913	147
Urteil des Reichsgerichts vom 22. Dezember 1913	406

1914

	Seite
Urteil des Reichsgerichts vom 20. Januar 1914	265
Entsch. des Reichsgerichts vom 5. Februar 1914	407
Entsch. des Gewerbegerichts Berlin vom 24. Februar 1914	673
Entsch. des Landgerichts I Berlin vom 24. Februar 1914	673
Entsch. des Kammergerichts vom 15. März 1914	695
Urteil des Reichsgerichts vom 21. April 1914	647
Urteil des Gerichtshofs zur Entscheidung der Kompetenzkonflikte vom 13. Juni 1914	792

Angezeigte Schriften.

	Seite
Altenrath, J. Dr., Die Fabrikspar-kassen	604
Appelius, F., Landesrat, Wie erlangt man die Leistungen der Krankenversicherung nach der Reichsversicherungsordnung?	102
Aerztliche Merkblätter über berufliche Verpflichtungen	102
Baum, Georg, Dr. u. Grünspecht, Fritz, Technikerrecht	701
Behrens, Franz, M. d. R., Die deutsche Volksversicherung	101
Bornhak, Conrad, Professor Dr., Preußisches Staatsrecht	244
Brandis, Amtsrichter a. D. Dr. u. Prigge, Kreisarzt Dr., Gewerbe- und landwirtschaftliche Unfall-Versicherung	365
Brunn, Paul, Landesrat Dr., Wie hoch sind die Beiträge für die Krankenversicherung — Invalidenversicherung — Angestelltenversicherung von Groß-Berlin?	654
Cahn, Fritz, Dr., Der Wechsel der Interessenten im Rechte der Schadensversicherung	557
Cimbal, W., Dr., Taschenbuch zur Untersuchung und Begutachtung von Unfallkrankheiten	604

Digitized by Google

	Seite
Dahmen, Karl, Dr. jur., Das Recht der Krankenkassenangestellten	101
Deutscher Juristenkalender für 1914. Verlag von Otto Liebmann	54
Entscheidungen und Mitteilungen des Reichsversicherungsamts, herausgegeben von den Mitgliedern	604
Erste Hilfe bei Unfällen, Westdeutsche Berufsgenossenschaft	102
Ewald, Dr. med., Privatdozent, Soziale Medizin	101
Fleischmann, Prof. Dr., Wörterbuch des deutschen Staats- und Verwaltungsrechts	365 654
Frankenberg, H. v., Die Aufgaben der Versicherungsämter	101
Funke, E. und Nernst, Walther, Ausführungsbestimmungen für das Reich und die sämtlichen Bundesstaaten	54
Galen, Corbinian, Offiziant, Die Nutzbarmachung der RVO. und Angestelltenversicherung durch Gemeinden und Armenverbände	654
Hoffmann, Wirkl. Geh. Oberregierungsrat Dr., Die Krankenversicherung der Hausgewerbtreibenden	147
Kaufmann, Arthur, Großh. Bauinspektor, Schutz der Arbeiter und Angestellten der Großherzogl. Badischen Staatseisenbahnen und der Schweizerischen Bundesbahnen	437
Kaufmann, Dr. Paul, Präsident des Reichsversicherungsamts, Schadenverhütendes Wirken in der deutschen Arbeiterversicherung	54
Kleeis, Friedrich, Die Arbeitsordnung in den gewerblichen Betrieben Deutschlands	147
Köhler, Dr. v., H. Biesenberger, H. Schäffer, Dr. Schall, Reichsversicherungsordnung	604
Kohlrausch, Rob., Gerichtsassessor, Deutscher Sozialversicherungs-Kalender	148
Krankenkassen in Preußen, amtliches Verzeichnis	26
Krebs, J., Gerichtsassessor Dr., Heimarbeit und Gesetzgebung in Frankreich	701
Kreisz, S. R., Dr. med., Fortschritte der Hygiene 1888—1913	437
Krojanker, Gustav, Dr., Die Entwicklung des Koalitionsrechts in England	437
Kumpmann, Karl, Dr., Die Arbeitslosenversicherung	101
Lehmann, Helmut, Verwaltungsdienst der Krankenkassen	365
Leitfaden zur Angestelltenversicherung. Bearbeitet von höheren Beamten der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte	701
Leubuscher, Charlotte, Dr. phil., Der Arbeitskampf der englischen Eisenbahner im Jahre 1911	101
Lippmann, Dr., Regierungsrat; Siefart, Geh. Regierungsrat; Lass, Geh. Regierungsrat, Prof. Dr., Reichsversicherungsordnung, Gemeinsame Vorschriften usw.	100
Manes, Dr. A., Moderne Versicherungsprobleme	101
Marcus, Maximilian, Verwaltungsdirektor, Umlage und Kapitaldeckung	100
Mathos, Oberverwaltungssekretär, Die Unterstützung von Familien der Mannschaften bei Mobilmachung und Friedensübungen; die Gewährung von Beihilfen an Kriegsteilnehmer; die Aufwandsentschädigung an Familien	654
Mattcke, R., Rechnungsrat, Die Kassen- und Buchführung der Krankenkassen	101
Mentzel, Reg.-Rat Dr. u. Stöcker, Verwaltungsdirektor Dr., Jahrbuch des Reichsversicherungsrechts	365
Nötzel, Dr. Karl, Der Unternehmer im Rahmen des Wirtschaftsverbandes	54
Perlmann, Alfred, Augenarzt Dr., Rentenlehre für Aerzte	436
Pfuhlstein, von, Oberregierungsrat, Das Prozeßverfahren vor den Versicherungsbehörden	102
Post, H., Dr., Untersuchungen über den Umfang der Erwerbslosigkeit	436
Radtke, Senatspräsident, Reichsversicherungsordnung, Drittes Buch: Unfallversicherung	100
Regelung der Arztfrage in der Krankenversicherung, Verlag des „Archiv für Reichsversicherung" Adolf Littmann	436
Reuß, Dr. und Krausz, Arzneiverordnung bei den württembergischen Krankenkassen	102
Roesler, Max, Arbeiterbeteiligung an Führung, Ertrag und Besitz von Gewerbebetrieben	701
Schindler, P., Bureauvorsteher und Götze, Hans, Syndikus Dr., Jahrbuch der Arbeiterversicherung für 1914	365
Schlottmann, Regierungsrat Dr., Das Einigungsabkommen zwischen Aerzten und Krankenkassen	557
Schlottmann, Regierungsrat Dr., Wie gelangt ein Unfallverletzter zu einer Entschädigung?	557
Schmittmann, Landesrat Dr., Wegweiser durch die deutsche Reichsversicherung einschließlich der Angestelltenversicherung	701
Seelmann, Landesversicherungsassessor, Das Verhältnis der Krankenversicherung zur Unfallversicherung	102
Seelmann, Landesversicherungsassessor, Formularbuch für Versicherungsämter	557
Soergel, Hofrat Dr., Jahrbuch der Rechtsprechung zum Verwaltungsrecht	604
Stember, Ferd., Eisenbahn-Obersekretär, Was müssen die Arbeiter usw. und Arbeitgeber von der Gewerbe-Unfallversicherung wissen?	366
Stier-Somlo, Prof. Dr., Kommentar zur Reichsversicherungsordnung	557, 654
Walter, H. A., Die neue englische Sozialpolitik	557
Zahnbrecher, Dr., Gemeindesozialismus und Arbeitgeber	102

Digitized by Google

Wortverzeichnis.

Abkürzungen.

AV. = Angestelltenversicherung. IV. = Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung. KV. = Krankenversicherung. UV. = Unfallversicherung.

(Die Zahlen verweisen auf die Seiten.)

A.

Abdruck, Entscheidungen 841.
Abfindung, IV. 757.
Abgabebeschluß, IV. 385.
Abkommen, Aerzte 50, 172, 197, 282; Berufsgenossenschaften und Krankenkassen 22.
Abmachungen, KV. 400.
Abmeldung, Beitrag KV. 727; Konkurs 584; unterlassene KV. 632, 705, 851; verspätete KV. 614.
Abstimmung, getrennte 49; Schweigepflicht 343; Vorstand 657.
Abzug von Gehalt KV. 247.
Akkordant, Arbeitgeber 97.
Akkordarbeiter, Entlassung 673.
Aktiengesellschaft, Betriebskrankenkasse 55.
Altersrente und Invalidenrente 577, 578; Wartezeit 271.
Amtsbezeichnung, Gemeinden 71.
Amtsdauer der Vertreter UV. 118, 638.
Amtsgericht, Zeugenvernehmung 235.
Aenderung, Rente UV. 403.
Anfechtung, aufsichtl. Anordnung 806; Ausschußbeschluß KV. 617; Markenverwendung IV. 215; s. Wahl, Wahlausschreiben.
Angehörige, Familienhilfe 245; Heilanstaltspflege 104; Krankenordnung 642; Unterstützung KV. 80; Familienangehörige KV. 424; Rente UV. 549.
Angehörigenunterstützung KV. 382.
Angestellte, Befreiung KV. 149; Berufsgenossenschaft 503; G. m. b. H. 135; Haushalt KV. 610; Kasse 14 ff., 56, 101, 125, 236, 502, 582, 689, 700, 703; kaufmännische UV. 91; Krieg 627, 703, 749; mehrfache Tätigkeit 457; Militärdienst KV. 285; des Staates KV. 87; städtische KV. 319; s. Kassenangestellte.
Angestelltenrecht 340.
Angestelltenversicherung, Gemeinde, Armenverband 654; Grundsätze 359; Kapitalverwendung 628; Krieg 698, 747, 781; Leitfaden 701; Versicherungskarte 148.
Angliederung von Mitgliedern KV. 788.
Anmeldepflicht KV. 823.
Anmeldung, Ersatzkasse 511; unterlassene KV. 345, 369, 415, 483, 653, 705; falsche 774; Hausgewerbe 238; KV. 20; Wandergewerbe KV. 133.
Anordnung, ärztl., Uebertretung KV. 452.
Anrechnung s. Krankheit, Beitragswochen.
Anstellungsvertrag, Anfechtung 79.
Anwachsungsrecht, UV. 358.
Anwartschaft, Erhaltung KV. 833; Erlöschen AV. 783; Wiederaufleben IV. 559; KV. 567.
Anwartschaftsbescheid, Witwenrente 43, 46.
Apotheke, Taxe 606; UV. 503.
Apotheker, Rabatt 847; Vereinbarung 750.
Arbeit, Einstellung KV. 114; s. Beschäftigung.
Arbeiter des Staates KV. 87.
Arbeiterbeteiligung, Gewerbebetrieb 701.
Arbeiterkolonie, Versicherungsfreiheit KV. 370.
Arbeiterschutz 437.
Arbeiterversicherung, Jahrbuch 365; Rußland 204; Ungarn 288.
Arbeiterwohlfahrt, Ausstellung 533.
Arbeitgeber, Bau 97; Beihilfe KV. 843; Beiträge 608, 631; Betriebskrankenkasse 753; Ersatzanspruch KV. 440; Gemeindesozialismus 102; Hausgewerbtreibende 247; Krankenhauspflege 366; Kriegsmaßnahmen 747; Leistungsfähigkeit 39; mehrere KV. 174, 272, 473; Meldepflicht KV. 705; Stellvertretung KV. 583.
Arbeitgeberpflicht, Uebertragung 481.
Arbeitsfähigkeit, Begriff 692; beschränkte KV. 703; Weiterversicherung 583.
Arbeitslose, Befreiung KV. 370; Krieg 698.
Arbeitslosenfürsorge, Bayern 533, 601, 677.
Arbeitslosenversicherung 73; Bayern 533, 601; Gegenseitigkeitsverträge 52; des Reichs 101.
Arbeitslosigkeit, Bekämpfung 100.
Arbeitsordnung 147.
Arbeitstage, Krankengeld 56.
Arbeitsstätte KV. 103; Montage 162.
Arbeitsunfähigkeit, Begriff 169; Beitrag KV. 630; Hausgewerbe 437; Heilverfahren AV. 199; Kassenleistungen 269; Krankengeld 367; Krankenpflege 625; vorübergehende 342; Wartezeit KV. 511.
Arbeitsverdienst, Berechnung 213, 287, 721; Dienst AV. 721; Gratifikation AV. 721; Höhe KV. 176; Versicherungspflicht KV. IV. 728.
Arbeitsversuch, mißglückter 207.
Arbeitszeit, beschränkte KV. 90.
Armenpflege, Polizeimaßnahme 752.
Armenverband, Angestelltenversicherung 654; Beschäftigung von Ortsarmen KV. 224; Erfüllungsort KV. 307; Ersatzanspruch 37, 80, 150, 475, 703, 740, 742, 749, 751, 775, 792, 845; Krankenhauspflege 631; Unterstützungspflicht KV. 402; Wochenhilfe 798; s. Heilverfahren.
Artist, IV. 623.
Arznei, Verordnung KV. 78.
Arzneiverordnung, Württemberg 102.
Arzt, Anordnung, Uebertretung KV. 452; Arzneiverordnung KV. 78; Attestkosten 648; Behandlung KV. 309, 450; Bescheinigung AV. 580; Einspruch 229, 611; Entbindung 500; Fahrt zu 294; Fahrzeug UV. 118; französische Justiz 841; Gebühren 800; Gutachten UV. 41, 109, 259, 313; Honorar KV. 128; Arzt und Kasse 21, 22, 26, 172, 189, 197, 266, 282, 415, 461, 469, 484, 532, 557;

Digitized by Google

Kassenverband 714; Kosten UV. 766; Krieg 599; Merkblätter 102; Pauschale 630; Reise zu, Krankengeld 271; Schadenshaftung 510; selbstbeschafft 870; Ueberwachung KV. 115; unterbrochene Beratung KV. 845; Untersuchung 329, 742.
Aerzte, Abkommen 50; Reichsverband 220.
Aerzteverband 487.
Arztfrage 436.
Aerztlich, Behandlung, Vereitelung KV. 150; Versorgung, Gefährdung 75; Zeugnis, Irrenanstalt KV. 80.
Arztwahl 128.
Auflösung, Innungskasse 294.
Aufräumungsarbeiten, Brand UV. 740.
Aufrechnung, Krankengeld 660.
Aufsicht, Krankenkassen 164, 401, 573; Versicherungsamt 848.
Aufsichtsamt, Geschäftsbericht 772.
Aufsichtsbehörde, Auskunftserteilung 152.
Aufsichtsperson, Verantwortlichkeit 481.
Aufwartefrau, KV. 103, 198.
Aufwarteperſonal, Dienstboten 80.
Auge, Verlust UV. 551.
Ausbildung, Lehrling 342.
Auseinandersetzung, Kassenvereinigung 835; Uebergangszeit KV. 870; UV. 310; Verfahren KV. 788.
Ausführungsbestimmungen, RVO. 54.
Ausgabestelle, Dienstsiegel JV. 384; Porto AV. 385.
Ausgleich, Wochengeld 318, 656, 728, 845.
Aushilfe, KV. 583, 690, 822, 823.
Auskunftserteilung der Krankenkasse 152.
Auskunftspflicht JV. 384.
Auslagen des Berechtigten UV. 790; Erstattung UV. 766; Versicherungsämter 46.
Ausland, AV. 359; freiwillige Versicherung AV. 783; Hausgewerbe 438; JV. 43, 46, 769; Körperschaften AV. 96; Krieg KV. 702; Kuraufenthalt JV. 94; Unternehmen 558; AV. 405; Versicherungsgesellschaft AV. 482, 530; Verwundung KV. 871.
Ausländer, Abfindung JV. 757; UV. 41; Vertretung 148.
Ausscheiden, Leistungen KV. 822; von Mitgliedern KV. 788; weiterer Anspruch KV. 179, 182.
Ausschuß, Beamter 872; Beschluß KV. 617; Beschlußfähigkeit 665; Ersatzmann 363, 641; freiwillig Versicherter KV. 98; Hilfskasse 263; Mitgliederzahl 848; Sitzungen KV. 308, 606; Sitzungslokal KV. 307; Stellvertreter KV. 28; Versicherungsverein 800; Vertretung des Vorsitzenden 702; Vorsitz KV. 28, 29, 151, 207, 247, 573, 776; Vorstand 319, 619, 656, 871; s. Betriebskrankenkassen; s. Wahl.
Ausschußmitglieder, Vergütung 223.
Außenarbeiter, Kassenzugehörigkeit 80.
Aussteuer, Arbeiterwohlfahrt 533.
Ausweispapiere, Aufbewahrung AV. 96.
Auto zum Krankenhaus 680.
Automobilhaltung, UV. 529.

B.

Badekur, KV. 437, 752.
Baden, Arbeiterschutz 437.
Baggereiarbeiter, UV. 116.
Bankverkehr, Beitragszahlung KV. 306.
Barlohn, Fehlen KV. 391.
Bau, Arbeitsstätte KV. 103; polizeil. Maßnahmen UV. 117, 668.
Baufuhre, UV. 576.
Bauherr, Arbeitgeber 97; UV. 575, 576.
Bauschreiber, AV. 769.
Baustelle, KV. 248.
Bauunternehmer, Begriff 164.
Beamter, Haftung AV. 77; Landesversicherungsanstalt 347, 375, 394; KV. 273; der Krankenkassen 125, 186, 354, 532; Pension JV. 46; s. Kassenbeamter.
Befangenheit 151.
Befähigungsnachweis, Kassenangestellte 15, 125.
Befreiung, Ablehnung KV. 248; AV. 405, 530, 578; Beginn KV. 343; Behörde KV. 724, 761; Beitrag AV. 241, 362; beschränkte Arbeitsfähigkeit KV. 703; Dienstboten 186; Ersatzkassen AV. 263, 482; KV. 319, 370, 689; Landwirtschaft KV. 356, 438, 499, 501, 573, 727; private Fürsorge KV. 434; Staat, Gemeinde KV. 246, 512, 606; Staatsdienst KV. 87; Versicherungspflicht KV. 402; Weiterversicherung 316, 448.
Behandlung, ärztliche, Selbstbeschaffung KV. 450.
Behörde, Befreiung KV. 681, 761, 849; s. Versicherungsbehörden.
Behördenmitglieder, Wählbarkeit 661.
Beitrag, Abrundung 872; Abstufung KV. 585; Abzug KV. 400; Arbeitgeber KV. 631; Arbeitnehmer KV. 391; Arbeitsunfähigkeit KV. 630; Beendigung des Versicherungsverhältnisses 343; Befreiung AV. 241, 867; KV. 689; Bereiterklärung JV. 46; Beschäftigungsdauer KV. 224; Einziehung JV. 121; Entgelt KV. 808; erhöhter KV. 583, 776; Ermäßigung KV. 128, 535, 583; Ersatzkasse 424, 848; Erstattung AV. 821; Fehlen eines Barlohns KV. 391; Freiheit AV. 578; freiwilliger JV. 384; freiwillige Versicherung AV. 241; Hausgewerbe 238, 254, 294; Höhe 654; Krieg KV. 570; V. u. Leistungen KV. 103; mehrfache Beschäftigung KV. 299, 473, 726; nachträgliche Entrichtung JV. 57; Rechnung 608; Rentenfestsetzung JV. 83; Rückforderung KV. 536, 847; Rückstände JV. 312, 426, 428, 644; Rückzahlung KV. 385, 511, 680; Stundung KV. 633; UV. 668; Unständige KV. 773; unterlassene Abmeldung KV. 614, 632, 726; Unzulänglichkeit KV. 115; Verjährung KV. 343; Vorschuß UV. 41; Woche KV. 511, 691; Zahlung AV. 743; Zahlungsunvermögen 198; Zahlungsverzug KV. 80; Zahlungsweise KV. 306; zusätzlich bei Familienhilfe 245; s. Angestelltenversicherung, Kassenbeitrag, Wochenbeitrag.
Beitragserstattung, AV. 784.
Beitragspflicht, Beendigung 846; Dauer AV. 361; freiwillige Versicherung 702; Krieg 562, 782; Ruhen 320.
Beitragswochen, Anrechnung JV. 790, 791; KV. 822.
Belehrung, unrichtige UV. 117.
Beleuchtungsapparat, UV. 528.
Belgien, KV. 773; soz. Gesetzgebung 796; UV. 723.

Digitized by Google

Beobachtung, Weigerung JV. 70.
Berufung, aufschiebende Wirkung 704, 823; Schiedsgericht 31; Vollmacht 504, 871.
Berufungsverfahren, Zuständigkeit UV. 790.
Berufsgenossenschaft, Angestellte 503; Bescheid 59; Ersatzanspruch 269, 309, 313, 574; Heilverfahren 703; V. u. Krankenkasse 22, 796; Kriegsmaßnahmen 627; Vertretung 118; Verwaltung 419; Zugehörigkeit 529.
Berufsgenossenschaftstag 459.
Beschäftigung, Dauer KV. 224; Ernstlichkeit KV. 547; Hauptberuf AV. 866: Klasse KV. 367; Krankheit 114; kurzzeitige KV. 740; mehrfache AV. 645; JV. 248; KV. 89, 127, 198, 297, 726, 776; mittelbar KV. 871; nichttechnische UV. 91; polizeiwidrige KV. 762; Staat, Gemeinde 246; ständige 208; unständige KV. 89; verbotenes Gewerbe KV. 727; versicherungspflichtige KV. 88; vorübergehende JV. 818.
Beschäftigungsgrad, Statistik KV. 77.
Beschäftigungsort, AV. 554; Innungskrankenkasse 704; Kassenzugehörigkeit 79, 80; KV. 103, 248, 488, 640; mehrfacher KV. 823; Montage 162.
Beschäftigungsverhältnis, Versicherungspflicht AV. 782.
Beschlußausschuß und Vorsitzender JV. 742, 743.
Beschlußfähigkeit, Ausschuß 665.
Beschlußkammer, UV. 503.
Beschlußsache, RVA. 789.
Beschlußverfahren, JV. 385; Versicherungsamt 417; Vorentscheidung 518; Zuständigkeit UV. 622, 643.
Beschwerde, Abgabe 46, 151; Ausschußbeschluß KV. 617; Befreiungsantrag KV. 499; Entscheidung 188; Form 112; Satzungsgenehmigung 355; Strafe 318.
Betäubung, Zahnziehen KV. 558.
Betrieb, besondere Kasse 318; Dienstboten 47; landwirtschaftlicher UV. 41; Löschung UV. 622; mehrere UV. 622; des Staates KV. 87; Umfang UV. 310; Vorarbeiten UV. 402.
Betriebsarbeit, Begriff 90, 92.
Betriebsbeamter, Landwirtschaft UV. 576, 621.
Betriebsfahrt, UV. 333, 383.
Betriebsleiter, Verantwortlichkeit 481.
Betriebskrankenkasse, Aufnahme 329; Ausschuß KV. 788; Beiträge 501; Beschäftigungsort 640; Bezirk 27; Krankenaufseher 753; Post- und Telegraphenverwaltung 38; Vorsitz 55, 80; Vorstand 308.
Betriebskrankenkassentag 408.
Betriebssitz, KV. 103; UV. 477.
Betriebstätigkeit, UV. 478.
Betriebsunfall, Begriff 333, 528; England 389, Festlichkeit 117; Freudenschießen 296.
Betriebsverzeichnis, Beschwerde 41.
Bevollmächtigter, Benachrichtigung JV. 46.
Bierkutscher, AV. 287.
Bilanz der Reichsversicherungsanstalt 786.
Brand, Aufräumungsarbeiten UV. 740.
Bruch, UV. 117.
Bordell, KV. 727.
Buchführung, Kasse 101, 243, 387.
Buchhalter, AV. 645.
Bühnenmitglied, JV. 623.
Bureau, Unternehmen KV. 79.
Bureauangestellte, AV. 482, 792.
Bureaudienst, Lehrling 385, 481, 579.
Bureaugehilfe, UV. 294.
Bureaulehrling, AV. 216.

D.

Dauerrente, Begriff UV. 68; Einspruch 262; Feststellung UV. 403, 667; UV. 502, 503.
Deutist, KV. 424; s. Zahntechniker.
Dienstbote, Arzt 248, 823; Befreiung KV. 80, 99, 186; Begriff 80, 174, 198; Beitragsstufen KV. 368; häusl. Gemeinschaft 704; gewerbl. Arbeiten 46, 56, 534; D. und Herrschaft bei Erkrankung 246; Krankenhaus 770; Krankenhauspflege 366; Krankenkassen 185; KV. 39, 401, 489, 650; Versicherung 188.
Dienstbotenkrankenkasse 775.
Dienstkleidung, Arbeitsverdienst AV. 721.
Dienstleistung, vorübergehende JV. 194.
Dienstordnung, Angestellte 270; Beanstandung 774; Geltung 152; Genehmigung KV. 14, 443; KV. 703; s. Musterdienstordnung.
Dienstreise, UV. 117.
Dienstsiegel, Ausgabestelle JV. 384.
Dienstvergehen, Kassenbeamte 220.
Doppelversicherung, KV. 199.
Doppelwaise, Rente 167, 445.
Drehorgelspieler, KV. 200.
Dreschmaschine, KV. 760; UV. 190; Versicherungspflicht 870.

E.

Ehe, geschiedene, Waisenaussteuer 552.
Ehefrau, Arbeitsverhältnis UV. 117.
Ehrenwort, Zahnarzt 168.
Eigenbetrieb, Krankenkassen 493.
Eisenbahner, England 101.
Eisenwerk, KV. 103.
Eingemeindung, KV. 805.
Einkassierer, Versicherungspflicht AV. 432.
Einkommen, freiwillige Versicherung 248; Höhe KV. 159, 180; mehrfaches AV. 241; Versicherungsberechtigung 206, 283, 408, 523, 618.
Einspruch, Aufnahme 752; Gutachten 109, 313, 611, 837, 859; UV. 258; Verfahren 225, 323; Vernehmung 286, 310, 404, 458, 643, 837; Vollmacht 643; Zuständigkeit 619, 622.
Einspruchsverfahren, Reurs UV. 790; s. Gutachten.
Empfangsbestätigung, AV. 96.
England, Betriebsunfall 389; Eisenbahner 101; Koalitionsrecht 437.
Entbindung, abnorme 500; Hebamme 512.
Entgelt, Begriff AV. 361; Geringfügigkeit 104, 120, 198, 440, 442, 614, 615, 696; Kassenbeiträge 808; Lohnzulage 848; Mankogelder AV. 96; Reisespesen KV. 114; Teuerungszulage 390.
Entlassung aus Arbeit KV. 245; Gewerbearbeiter 673.
Entschädigung, Zeitverlust JV. 385.
Entschädigungsanspruch, Erwerbsunfähigkeit UV. 453; Verjährung UV. 165.

Digitized by Google

Entschädigungspflicht UV. 592.
Entscheidung, grundsätzliche UV. 719.
Entscheidungen der Versicherungsbehörden 700, 841.
Erfüllungsort, Krankenhilfe 307, 463.
Erholungsstätte, AV. 431.
Erkrankung, AV. 786; neue 103, 800, 824.
Ermittelungen, Einspruch 261.
Erntehelfer, Versicherung 686.
Ersatz, unbegründete Leistungen KV. 844.
Ersatzanspruch, Arbeitgeber KV. 440; Armenverband 703, 740, 742, 751, 845; aushelfende Kasse 464; Berufsgenossenschaft 269, 309, 312; Dritte 511, 584; Gemeinde 425; Heilverfahren 536; Krankenhauspflege KV. 559, 751; Krankenkasse 309; KV. JV. 574, 727; KV. UV. 725, 749, 775, 823; Unfallerhöhung 49; UV. 475, 711; Trinker 293; bei Unfall 296; Verfahren 734; unterlassene Anmeldung KV. 127, 369, 345, 483, 705; Wochenhilfe 318.
Ersatzforderung, Anerkennung 584.
Ersatzgeld für Krankenpflege 152.
Ersatzkasse, 104, 628, 676, 868; Anmeldung 511; Antrag 663, 703, 724, 799; Beitrag 320, 424, 848; Befreiung 482; Hausgewerbetreibende 198, 247; Hilfskasse 317; Krankenkasse 342, 606; Kriegsteilnehmer 632, 655; Rechtshilfe 787; Rechtslage 24; Rechnungslegung 189; Reichsversicherungsanstalt 653; schwebende Unterstützungsfälle 392; Unfallentschädigung 535; Zwangskasse 55; s. Knappschaftsverein.
Ersatzleistungen, KV. 869.
Ersatzmänner, Ausschuß KV. 363, 641; Kassenvorstand 80; KV. 103; Verbrauch 828; Vorstand 319.
Ersatzstreitigkeit 112.
Ersatztatsachen, Anrechnung AV. 783, 787.
Ersatzzeiten, Versicherungskarten 96.
Erscheinen s. Persönliches.
Erstattungsanspruch, Armenverband 775; Entscheidung KV. 231, 290; unterlassene Meldung KV. 713; s. Armenverband, Knappschaftsverein.
Erwerbslose, Krankengeld 739.
Erwerbslosigkeit 436; Ausscheiden 179, 182; freiwillige Versicherung 270.
Erwerbstätigkeit, mehrfache AV. 241.
Erwerbsunfähige, Krieg 867.
Erwerbsunfähigkeit 808; Abschätzung 99; Hinterbliebenenfürsorge JV. 42; KV. 739; UV. 453; vorübergehende JV. 791.
Evangelist, AV. 721.
Erzieher, AV. 645; KV. 401, 610.

F.

Fabrik, Begriff 655.
Fabriksparkasse 604.
Fahrlässigkeit, Strafe JV. 791.
Fahrstuhl, Unfall 502.
Fahrzeug, UV. 117, 576.
Familienangehörige der Angestellten im Krieg 781 ff.; Versicherungspflicht KV. 424.
Familienhilfe 416, 848; Anspruch 115; auswärts 870; Beitrag 247, 440; freiwillige Mitgliedschaft 608; Heilkundige 545; KV. 501; Stiefkinder 448; Umfang 245; Wartezeit 80; Wegfall 209; zahnärztliche Behandlung 560.
Feiertag, Frist 112, 327; Krankengeld 28, 34, 56; s. Sonntag.
Festlichkeit, Betriebsunfall 117.
Feststellung, Rente JV. 191.
Feststellungsklage, Zulässigkeit UV. 529.
Fleischbeschauer, AV. 505.
Fleischerladen, Verkäuferin AV. 553.
Formale Mitgliedschaft, KV. 488.
Formularbuch 557.
Fortbildungszeiten, Anrechnung AV. 787.
Frankreich, Heimarbeit 701.
Freiheitsstrafe, Ruhen der Rente UV. 549.
Freiwillige Versicherung 844, 847; Anzeige KV. 680; Arbeitsfähigkeit 583; AV. 96, 146, 241, 288, 361, 721, 783; Beginn 617; Beitrag 440, 633; Einkommen KV. 98; Erlöschen KV. 607; Erwerbslosigkeit 270; Familienhilfe 608; Frist 158, 391; Gemeindekrankenversicherung 269; Hausgewerbe 416, 536, 605, 739; Hilfskassen 608; Innungskrankenkassen 223; Kassenschließung 160, 175; Klassen 200, 272, 316, 535, 545; Krankenhilfe 726; Krieg 702, 723, 777; Lehrling 368, 607; Leistungen 115; Lohnstufen 115; Militärdienst KV. 626; neben Pflichtversicherung AV. 96; Prämienreserve AV. 96; Sterbegeld 272; Tätigkeit JV. 120; Uebergangszeit 176, 200; unständige Beschäftigung 272, 655, 751, 775; Verdienstgrenze 248; Verlust KV. 368; Versicherungsfreiheit KV. 27, 316, 448, 801; Wahlrecht 294; Wiederwirksamkeit 664; Zahlungsverzug 80.
Friedhof, UV. 693.
Friseur, AV. 866.
Frist, Berechnung 559; Feiertag 327, KV. 513.
Fristwahl 687.
Fußball, Unfall 512.
Fürsorgeerziehung, Hinterbliebenenrente 358.
Fürsorgepflicht, Gemeinde UV. 429, 430.

G.

Gärtnerei, KV. 774.
Gärtnereiarbeiter, KV. 175.
Gastwirtschaft, KV. 740.
Gebiß, Zerstörung UV. 117, 213.
Gebühren, Spruchsachen KV. 381, s. Mindestgebühren.
Geburt, ehel., Waisenrente 538.
Geburtshilfe, 139; Anspruch 247; Versicherungsberechtigte 115.
Gefälligkeit, UV. 309.
Gefangenenaufseher, KV. 560.
Gefangener, KV. 582.
Gefängnis, Hausgeld KV. 608.
Gegenseitigkeitsgesellschaft, Wesen 785.
Gehalt, Abzug KV. 247; Herabsetzung AV. 820.
Gehaltsklasse, AV. 721.
Gehaltskürzung, Unfallrente 584.
Gehilfe, Verschulden 265, s. Bureaugehilfe, Kassengehilfe.
Geldleistung, Krankenpflege 750.
Gemeinde, Angestelltenversicherung 654; Beihilfe KV. 679, 842; Beschäftigung KV. 246; Ersatzanspruch KV. 425, 584; Fürsorgepflicht UV. 429, 430; KV. 307, 560; Lehrling 342; Versicherungsfreiheit 503, 559, 606, 724, 849; Vorschüsse KV. 283, 724; Zuschuß KV. 872.
Gemeindebeamte, KV. 750.
Gemeindedienst, Ruhegeld 42, 46.

Digitized by Google

Gemeindekrankenversicherung, freiwillige Mitgliedschaft 200; Schließung 272, 584.
Genehmigung, Vollmacht 498.
Genossenschaft, s. Berufsgenossenschaft.
Geschäftsergebnisse, Krankenkassen 794.
Geschäftsführung, Kassen 401.
Geschäftsgang, Versicherungsamt 234.
Geschäftsreisender, KV. 114.
Geschäftsräume, Kasse 501.
Gesellschaft, UV. 576.
Gesellschaft m. b. H., Gesellschafter 135.
Gewerbe, besondere Kasse 318.
Gewerbebetrieb, Arbeiterbeteiligung 701; Dienstboten 47, 56.
Gewerbegehilfe, Attest 648.
Gewerbeunfallversicherung, Darstellung 366.
Gewerkschaft, Unterstützungswesen 650.
Gewöhnung, Unfallfolgen 555.
Gläubiger, geschlossene Kasse 679.
Gleichwertigkeit der Leistungen, KV. 308.
Gratifikation, AV. 721.
Grundlohn, Tagesverdienst 368.
Günstigere Vorschriften, Uebergangszeit 310.
Gutachten, ärztliches 109: Einspruch 229, 259, 313, 324, 611, 837, 859; Einspruchsverfahren UV. 790; Kosten UV. 766; Mitteilung 136; Spruchverfahren 870; Verzicht JV. 121, s. Arzt.

H.

Hafenarbeiter, Krankenversicherung 66.
Haftung, Wahlen AV. 77.
Halbinvalide, KV. 824.
Handelsregister, Eintragung UV 576.
Handverkaufstaxe 606.
Handwerker, Nebenbeschäftigung KV. 198.
Hauptberuf, AV. 241, 866.
Hauptverband, Ortskrankenkassen 435, 531.
Hausgeld 560; Anstaltspflege 382; AV. 581; Heilverfahren 317; KV. 608; Krieg KV. 731; Unfallzuschuß 151.
Hausgemeinschaft, Rentenbezug JV. 769, 811.
Hausgewerbe, Arbeitgeberzuschuß 536; Arbeitsunfähigkeit 437; ausländ. Auftraggeber 438; Begriff 284; Beitrag 583; Doppelbeitrag 317; Durchführung der KV. 11; H. und feste Stellung 559; formale Mitgliedschaft 488; freiwillige Mitgliedschaft 416, 655, 739; Kassenzugehörigkeit 357; KV. 237, 295, 506, 534, 748; Krieg 571, 605, 629; mehrfache Beschäftigung 305; Mustersatzung 472; Satzungsentwurf 842; statutarische Bestimmungen 843; Uebergangsbestimmungen 8, 37; Uebertretung der Vorschriften 725; Verdienst 320; Versicherungspflicht 342; Wartezeit KV. 776.
Hausgewerbtreibende, 147, 249; Begriff 128; Beitrag 294; Ersatzkasse 198, 247; KV. 198; Uebergangsbestimmungen 99; versicherungsfrei 393; Wahlrecht 174; Zuschüsse 338.
Haushalt, Angestellte KV. 610.
Haushälterin, JV. 214.
Hausierer, KV. 630
Häusliche Gemeinschaft KV. 534.
Häuslinge, KV. 150.
Hanssohn, AV. 530; Landwirtschaft KV. 808; UV. 212, 576, 621; Versicherungspflicht JV. 694; Wanderbetrieb KV. 103.
Hauswart, AV. 385.
Hebamme, Aufnahme der Wöchnerin 625; Entbindung 512; KV. 246, 293, 535.
Hebammendienste 139; Anspruch 247; Versicherungsberechtigte 115.
Heeresverwaltung, Ersatzanspruch KV. 845.
Heilanstalt, Angehörige 104.
Heilbehandlung, selbstbeschaffte UV. 264; Statistik JV. 76.
Heilkundiger statt Arzt KV. 309, 474, 545.
Heilmittel, AV. 123, 581; Bezugsstelle 512; Höchstbetrag 56; KV. 846.
Heilverfahren, AV. 122, 579, 800; Armenverband 789; Berufsgenossenschaft 703; Dienstboten 800; Ersatzanspruch 536; Ersatzkasse 263; JV. 317, 715; Krankengeld AV. 463; Krieg 867; Streitigkeiten JV. 46; UV. 789; Voraussetzung AV. 199; Widerstand 846.
Heimarbeit, Frankreich 701; Hilfskraft KV. 464; KV. 128, 148.
Hilfsarbeiter der Krankenkasse 15.
Hilfsbedürftigkeit, armenrechtliche KV. 425.
Hilfskasse, Ausschluß 263; freiwillige Versicherung 608; Mitgliedschaft 39, 199; Rechtslage 317; Verziehen 27.
Hilfsmittel, KV. 846.
Hilfspersonen, Hausgewerbtreibende 251.
Hinterbliebene, Anspruch JV. 121; Fürsorge JV. 42; JV. 384; KV. 38.
Hinterbliebenenfürsorge, JV. 503.
Hinterbliebenenrente, Fürsorgeerziehung 358; unehel. Kind 765.
Hinterbliebenenversicherung, Kassenangestellte 18; s. Invalidenversicherung.
Hofpächter, KV. 150.
Honorar, Arzt KV. 128; übermäßiges 624.
Hüftstützapparat 846.
Humor 340.
Hygiene 437.

J.

Jahrbuch, Arbeiterversicherung 365; Versicherungsrecht 365; Verwaltungsrecht 604.
Jahresarbeitsverdienst, Berechnung 117; Mankogelder AV. 146.
Inkrafttreten, KV. 2.
Innung, Beihilfe KV. 843.
Innungskasse, Sondervermögen 294.
Innungskrankenkasse, Beschäftigungsort 704; Errichtung 319; freiwillige Mitglieder 223; Vermögensanteil 56; Zuständigkeit 558.
Invalidenrente und Altersrente 577, 578; neben Unfallrente 46.
Invalidenrentner, Krankengeld 79.
Invalidenversicherung, RVO. und AVG. 388; Rechnungsergebnis 314.
Invalidität, Beweis 191; vorübergehende 790.
Irrenanstalt, Zeugnis KV. 80.
Irrtum, Anerkennung einer Ersatzforderung 584.
Italien, Abkommen JV. 46.

K.

Kalender der Sozialversicherung 148.
Kapitaldeckung, UV. 100.
Karenzzeit, Krankengeld 739; s. Wartezeit.
Karten s. Versicherungskarten.
Kasse, geschlossene 679.
Kassenangestellte, Bestellung, KV. 789; Kassenschließung 27; Kündigung 27; Prüfungsordnung 465; Versicherungsamt 439.

Digitized by Google

Kassenarzt 704, 766; Dienstleistungen 636; Krieg 723; s. Arzt.
Kassenbeamte, Anstellung 200; Dienstvergehen 220; Ruhegehalt 200.
Kassenbeiträge, Bemessung 28, 33, 153; Verteilung 268.
Kassenbereich 739.
Kassenbezirk, Verlassen 115, 501.
Kassenführung, KV. 101.
Kassengehilfe, UV. 294.
Kassenleistungen, Krieg 605; Uebergangszeit 243; s. Leistungen.
Kassenordnung, UV. 421.
Kassenorgane, Wahl 277.
Kassenrechnung, Abnahme 512.
Kassenverbände 289; Arzt 714; Auflösung 416; Ueberleitung 105.
Kassenvereinigung 523, 835.
Kassenzugehörigkeit 248; mehrfache Beschäftigung 300.
Kastellan, KV. 871.
Katastergehilfe, AV. 96.
Katasterzögling, Lehrling 119.
Kaufmann, Kleinbetrieb UV. 548.
Kind, Lohnarbeitsverhältnis 391; Krankenhauspflege 631; neugeboren KV. 774; Versicherungspflicht 175, 224, 416.
Kinderzuschuß 118, 384, 552.
Kirchendiener, KV. 198.
Klasse, freiwillige Mitgliedschaft 200, 272; KV. 367; Uebertritt KV. 368.
Kleinbetrieb, UV. 503, 548.
Knappschaftssachen, Verfahren 52.
Knappschaftsverein, Ersatzkasse AV. 792; Erstattungspflicht 792.
Koalitionsrecht, England 437.
Kollektanten, KV. 223.
Kommission, Vorstand 319.
Kommunaldienst, Ausbildung KV. 463.
Kongreßdelegierter, KV. 416.
Konkurs, Abmeldung 584; JV. 624; Rückstände 118; Wählbarkeit 342.
Konsularbehörden, Uebersetzungskosten 118.
Konsumanstalt, Zugehörigkeit UV. 666.
Konsumverkaufsstelle, Zugehörigkeit UV. 592.
Körperschaft, Haftung AV. 77.
Körperverletzung, Schadenersatz 47.
Kosten des Arztes KV. 329; Attest 648; Einspruch 260, 404, 837; Erstattung UV. 790; Gutachten 109; ärztl. Gutachten UV. 766, 870; Krankenhaus 199; Pauschale 832; Rechtshilfe 832; Strafverfahren 631; Streitverfahren 118, 343; Verrechnung UV. 478, 790; Versicherungsamt 322; Vertrag 320; Vorstand 606.
Kraftfahrzeug, UV. 117.
Krankenaufseher, Betriebskrankenkasse 753.
Krankengeld, Anfangstermin 308; AV. 786; Anspruch 271, 560; Arbeitsunfähigkeit 367; Aufrechnung 660; Berechnung 752; Beschäftigungsdauer 223; Dauer 799; Doppelversicherung 199; Erwerbslose 739; Gehaltskürzung 247; Heilverfahren AV. 463, 800; Invalidenrentner 79; Krankenhauspflege 366; Krieg 718, 730, 751; Kürzung 177, 182, 439; mehrfaches 177, 182, 439; Neuerkrankung 824; Sonntag 343, 464, 352; Uebergangszeit 55; K. u. Unfallrente 269, 583; Versagung 309; Verzugszinsen 704; Wartetage 776; Wartezeit 558; Wochengeld 696.
Krankenhaus, Arzt 630; Dienstboten 770; polizeil. Unterbringung 199; Reise 680; Trunksucht 162; Umgehung 581; Selbstwahl KV. 592; Simulation 175.
Krankenhauspflege, Anspruch 319, 344; Arbeitgeber 366; Armenverband 631; Ersatzanspruch 88, 559, 751; Gehaltkürzung 247; Genehmigung 424; Klasse 823; Krankengeld 366; Krankenpflege 656; Kürzung KV. 584; Mehrleistung 632; Unheilbarkeit 342; Unterhalt 845; selbstbeschaffte 630.
Krankenhilfe, Anspruch 245; nach Ausscheiden 608; Beschränkung 824; Dauer 488; Erfüllungsort 307; Mitgliedschaft KV. 847; Vereinbarung 642; Wöchnerin 871.
Krankenkasse, Angestellte 101, 582; K. u. Aerzte 50, 172, 189, 197, 266, 282, 415, 461, 469, 484, 532, 557; Aufsicht 164, 401, 573; Aushilfe 464, 690, 823; Beamte 186, 344, 354, 532; K. u. Berufsgenossenschaften 22, 796; Buchführung 243, 387; Eigenbetrieb 493; Ersatzanspruch 269, 293, 309, 574; Ersatzkassen 606; Krieg 649, 794, 867; Leistungsfähigkeit 569, 590, 700; Namen 115; Rechnungsführung 129, 472, 508; Schließung 27, 151, 176, 367, 440, 847; Statistik 77, 266; Unternehmer 847; Verwaltung 365; Verzeichnis 26; Zuständigkeit 79.
Krankenordnung 452, 535, 619, 642, 856.
Krankenpflege, Arbeitsunfähigkeit 625; Dauer 4; Erfüllungsort 463; Ersatzgeld 152; Geldleistung 750; Krankenhauspflege 656; Krieg KV. 731.
Krankenpfleger, AV. 645.
Krankenschein, Ausweispapier 28.
Krankenversicherung, Krieg 590, 795; Leistungen 102; mehrfache 584; Rußland 267; Unfallversicherung 102, 846.
Krankheit, Anrechnung JV. 769, 791; Anstellungsvertrag 79; Begriff 330; Uebergangszeit 243; Ursache 582; bei Versicherungspflicht 88; vorübergehende 342; vorsätzliche Verursachung 264.
Krankheitsfall, Mehrheit 631.
Krankheitszeiten AV. 786.
Krieg 537; Angestellte 627, 703; Auskunftsstelle AV. 698; Arbeitslose 698; Beitragserstattung AV. 821; Berufsgenossenschaften 627; Erwerbsunfähige 867; freiwillige Versicherung 702; Gehaltsminderung AV. 820; Hausgewerbe 605, 629; Heilverfahren AV. 867; Kassenangestellte 749; Kassenärzte 723; Kassenleistungen 605; Krankenkassen 649, 867; Krankenversicherung 590, 629; K. u. Sozialversicherung 24, 561, 733; Sterbegeld 749, 775; Sterbeurkunde 745; Tuberkulose 722; UV. JV. 676; Vertragslösung 728; Vorstandsmitglied 774; Wochenhilfe 833.
Kriegsfürsorge, Landesversicherungsanstalten 797.
Kriegsgefangene 679, 841.
Kriegskrankenkassen 771.
Kriegsleistung, Unfall 605.
Kriegsteilnehmer, AV. 747, 781 ff.; Beitragsstundung KV. 633; Ersatzanspruch KV. 845; Ersatzkasse 632, 655; Fürsorge 599, 676; Krankengeld 718, 751; KV. 702, 723, 729; Lohnstufe 704; Quittungskarte JV. 649; Unterstützung 655; Versicherungspflicht KV. 857; Wiedereintritt in die Krankenversicherung 777 ff.

Digitized by Google

Kriegsunterstützungskasse 842.
Kündigung des Dienstverhältnisses AV. 782.
Kündigungskrankheit 435.
Künstlertruppe, AV. 596.
Kur im Ausland JV. 94.

L.

Landesversicherungsanstalt, Beamte 347, 375, 394; Kriegsfürsorge 797; Rentensachen 59, 201, 292; s. Versicherungsanstalt.
Landkassenpflichtige, Zugehörigkeit 188.
Landkrankenkasse, Mitglieder 56; L. und Ortskrankenkasse 128; Uebergangszeit 7; Wahl 435; Zuständigkeit 610.
Landmesser, Landwirtschaft 383.
Landwirtschaft, Befreiung 356, 438, 499, 501, 573, 727; Beitrag KV. 583; Beitragsermäßigung KV. 535; Betriebsbeamter UV. 576, 621; Betriebsunfall 429, 872; Haussohn UV. 212, 621, 808; KV. 401; Landmesser 383; Lohndrusch KV. 760; mehrfache Beschäftigung 305; Unfall 605; Unfallversicherung 365; Versicherung 188; Verwandschaft UV. 429; s. Nebenbetriebe.
Lebensversicherung, AV. 438, 482, 530.
Lehre, Dauer KV. 439.
Lehrer, KV. 56, 273, 501, 610, 645.
Lehrling, AV. 269; Befreiung KV. 370: Begriff 119, 342, 368; Beitrag KV. 606; Bureaudienst 385, 431, 579; freiwillige Versicherung KV. 607; Kommunaldienst KV. 463; s. Bureaulehrling.
Lehrmädchen, Begriff 558.
Leichenbegleiter, JV. 311.
Leichenbesteller, JV. 121, 311.
Leichenöffnung, Kosten UV. 72.
Leistungen, Arbeitsunfähigkeit 269; nach Ausscheiden KV. 822; L. und Beiträge KV. 103; Beschränkung KV. 115; Ersatz KV. 844; Hausgewerbtreibende 254.
Leistungsfähigkeit, Dienstbotenversicherung 39; Krankenkasse 590, 679, 700; Krieg KV. 867.
Leistungspflicht, Uebergangszeit KV. 606.
Lichtspiel, UV. 693.
Liste, Hausgewerbtreibende 237.
Lohn, Zahlung an Pensionskasse 48; s. Entgelt.
Lohnbuch, KV. 148.
Lohndrusch, KV. 760.
Lohnschreiber, AV. 769.
Lohnstufen, Berechnung 115, 136; freiwillige Mitgliedschaft 115, 535, 545; Neuregelung KV. 438.
Lohnzulage, Entgelt 848.
Löschung, Betrieb KV. 622.

M.

Mankogelder, Verdienst AV. 146; s. Entgelt.
Marken, Anrechnung JV. 194; Aufrechnung JV. 215; entwertete JV. 669; s. Versicherungsmarken.
Markenverwendung 624, 669, 768, 825, 863; Anfechtung JV. 215; Unterlassen JV. 428.
Maurer, Bäcker-Innungs-Krankenkasse 464
Mehrleistung, Krankenhauspflege 632; KV. 3; Versagung 27, Wartezeit 114, 115.
Meldepflicht, KV. 127; mehrfache Beschäftigung 299; Verletzung KV. 174, 536.
Meldestelle, gemeinsame KV. 590; Streitentscheidung 248.
Meldung, unterlassene, Ersatzanspruch KV. 713
Merkblatt, AV. 579, 645, 743.
Metallindustrie, UV 652
Milchkutscher, AV. 241.
Militärdienst, JV. 839; KV. 626; s. Kriegsteilnehmer.
Militärdienstzeit, Anrechnung AV. 783.
Militärische Dienstleistung KV. 285.
Minderjährige, AV. 482.
Mindestgebühren, Zahnarzt 168.
Mißhandlung, nervöse Erkrankung 407.
Miterben, AV. 241.
Mitgliedschaft, Beginn KV. 308; Beendigung KV. 847; Erlöschen KV. 180, 184; formale 488; s. freiwillige, Versicherungsvereine, Ausschluß.
Montage, Beschäftigungsort 162.
Moresnet, JV. 384.
Motor, UV. 548.
Musiker, AV. 265, 506; KV. 319.
Musterdienstordnungen 14, 125, 306.
Mustersatzung, Hausgewerbe 472.
Musterwahlordnung 277.

N.

Nachteil, Abmachungen KV. 400.
Nahrungsmittelfälschung, KV. 53.
Nebenamt, KV. 306.
Nebenbeschäftigung 581; KV. JV. 293; KV. 198, 319.
Nebenbetriebe, landwirtschaftliche UV. 790.
Nervöse Erkrankung, Mißhandlung 407.
Neufeststellung, Rente UV. 503.
Neutral-Moresnet, JV. 384.
Neuwahl, Kassenorgane 277.
Niederkunft, Stillgeld 72; Uebergangszeit 512.
Notgesetze 777 ff.
Notstand, Beitragsstundung UV. 668.
Notstandsarbeiter, KV. 679.

O.

Oberhäuer, JV. 769.
Oberschiedsgericht, Verfahren 31.
Oberversicherungsamt, Zuständigkeit UV. 575.
Obstpächter, UV. 667.
Oesterreicher als Kriegsteilnehmer 780; Vertretung 148.
Offenbarungseid, Wählbarkeit 464.
Operation, Pflicht zur Unterziehung 123, 271, 598.
Orchestermitglied, AV. 506; KV. 319.
Ordnungsstrafen, Beschwerde UV. 790.
Ortsarmer, Versicherungspflicht KV. 224.
Ortsbehörde, Zahlstelle KV. 871.
Ortskrankenkasse, besondere 180, 183, 318; Hauptverband 435, 531; O. und Landkrankenkasse 128; Schließung 319.
Ortslohn, Festsetzung 638.

P.

Papiere, Verweigerung 48; s. Ausweispapiere.
Patientenwahl 128.
Pauschbetrag, Angaben JV. 46; Arzt 391, 630; Genehmigung 115; Krankenpflege UV. 789; Kosten 832; Versicherungsträger 380.
Pfarrer, Nichte JV. 214.
Pflichtbeiträge, Vorauszahlung KV. 788.

Digitized by Google

Pensionskasse, AV. 362; Versicherungsfreiheit KV. 799.
Persönliches Erscheinen, Vergütung JV. 46.
Polier, AV. 840.
Polizei, Krankenhauskosten 199.
Polizeimaßnahme, Armenpflege 752.
Portier, AV. 385.
Portierfrau, KV. 88.
Porto, Auskünfte 271; Beitragsquittung 439; Erstattung 326, 385; UV. 766.
Postscheck, Beitragszahlung KV. 306.
Postverwaltung, Betriebskrankenkasse 38.
Prämienreserve, Zurückerstattung AV. 96.
Privatbeamte, Siedelungen 315.
Protokollführer, UV. 141.
Prozeß, Vollmacht KV. 392.
Prozeßfähigkeit, Trunksüchtiger 162.
Prozeßverfahren, Versicherungsbehörden 102.
Prüfungsordnung, Kassenangestellte 465, 703.
Pulverfabrik, AV. 482, 792.

Q.

Quittungskarte, Absendung 342; Ausgabe 236; Ausgabestelle JV. 384; Ausstellung, Umtausch JV. 145; Erneuerung JV. 121; Gültigkeit JV. 594; Kriegsteilnehmer JV. 649.

R.

Rabatt, Apotheker 847.
Raufhandel, Begriff 47.
Rechnung, Beiträge 608.
Rechnungsergebnis, JV. 314.
Rechnungsführung, KV. 129, 472, 508.
Rechtshilfe 740, 766, 805, 832; Ersatzkassen 787.
Rechnungslegung, Ersatzkassen 189.
Rechtsmittel, Schiedsgericht AV. 530; Verwerfung 121; Vollmacht 498.
Regelleistungen, KV. 3; Krieg 570.
Reichsversicherung, Wegweiser 701.
Reichsversicherungsamt, „grundsätzliche" Entscheidungen 150; Entscheidungen 604; Geschäftsbericht 409; Zuständigkeit 115, 505.
Reichsversicherungsanstalt, Ersatzkasse 653; Gebührenfreiheit 431; Geschäftsbericht 629; Merkblatt 645, 743; Wohnungsfürsorge 315.
Reichsversicherungsordnung 557; Kommentar 654.
Reinigungsfrau, JV. 194; KV. 614, 702, 824; UV. 502.
Reinigungsinstitut, Dienstboten 47.
Reisekosten im Verfahren 222.
Reisender s. Geschäftsreisender.
Reisespesen, Entgelt KV. 114.
Reisevergütung, Kassenangestellte 18.
Registrierkasse AV. 287.
Rekurs, Frist 112; Kosten UV. 790; Uebergabe 117; Wirkung 40, 41; Zulässigkeit 310, 719; s. Einspruchsverfahren.
Rennbahn, Unfall 79.
Rente, Aenderung UV. 403, 502, 576, 741; Angehörige UV. 549; Aufrechnung JV. 577, 578; Berechnung AV. 783; Einstellung JV. 578; Entziehung JV. 767; Minderung, UV. 189; Ruhen JV. 94, 167; Tod des Empfängers JV. 811; Uebertragung 121; UV. 104; vorläufige 741; s. Unfallrente.
Rentenanspruch, Erhebung JV. 166; Rechtsvermutung 52; Ruhen JV. 143; Streitigkeiten 37.
Rentenausschuß, Verfahren 31.
Rentenfeststellung, Beitragsleistung 83; ehel. Geburt 538; Invaliditätsnachweis 47; JV. 191, 504; UV. 41.
Rentenlehre 436.
Rentensachen, Zurückverweisung 59, 201, 290.
Rentenverfahren, Beitragsleistung 83.
Revision, Abgabe JV. 121; AV. 482; Oberschiedsgericht 32; Zulässigkeit 310, 504, 838.
Rückforderung, Beiträge KV. 536, 847.
Rückstände, Beitrag JV. 312, 426; KV. 440; freiw. Vers. 368; Konkurs 118; s. Marke.
Rückwirkende Kraft, Satzung UV. 213.
Rückzahlung, Beiträge JV. 385; KV. 511, 680.
Ruhegehalt, Kassenangestellte 18, 38.
Ruhegeld, Gemeindedienst 42.
Ruhen der Mitgliedschaft KV. 799; des Rentenanspruchs JV. 143; Unfallrente 549.

S.

Sachlegitimation, Verfahren 505.
Saisonbetrieb, UV. 384.
Satzung, Druckkosten 463; Genehmigung 115, 209, 355, 501, 527; gute Sitten 115; Kassenverbände 105; Unentgeltlichkeit 449; Wählbarkeit KV. 113; Zustimmung KV. 573.
Schadenersatz, Unfallverhütungsvorschriften 47; Unternehmer 847.
Schadenersatzanspruch gegen Dritte 339; Verjährung 406.
Schadenersatzpflicht, Anerkennung 147.
Schadenhaftung, Arzt 510.
Schadenverhütung 54.
Schadenversicherung 557.
Schauerleute, KV. 330.
Schauspieler, AV. 287, 361; Verdienst 318.
Scheuerfrau, KV. 824.
Schiedsgericht, Kosten UV. 790; Rechtsmittel 530; Verfahren 31.
Schießen, Unfall 296.
Schlächterladen, Verkäuferin AV. 506.
Schließung, Gemeindekrankenversicherung 584; Kasse 151, 160, 176, 367, 440, 847; Kassenverbände 105.
Schloßverwaltung, Kassenzugehörigkeit 55.
Schmiedemeister, UV. 309.
Schneider, KV. 821.
Schneiderei, KV. 439.
Schneiderin, KV. 535.
Schriftführer, Versicherungsamt 234, 660.
Schriftsätze, Form 409.
Schuldiener, KV. 607.
Schüler, Lehrling 368.
Schülerin, Lehrmädchen KV. 558.
Schwangerengeld s. Wochengeld.
Schwängerer, Anspruch der Kasse 176.
Schwangerschaft, Verlassen des Kassenbezirks 500.
Schweigepflicht, Abstimmung 223, 343.
Schweiz, Arbeiterschutz 437.
Sektionsvorstand, Wahlliste 380.
Selbständige, KV. 775.
Selbstmordversuch, KV. 264.
Selbstversicherung, Invalidenversicherung 57; Markenverwendung JV. 624.
Senat, Großer 769.

Digitized by Google

Siedelungen, Privatbeamte 315.
Simulation, KV. 175.
Sitten, gute, Verstoß in Satzung 115.
Sittenwidrigkeit, Honorar 624.
Sitzung, außerordentliche KV. 526; Vorstand, Ausschuß KV. 560, 606.
Sitzungslokal, Ausschuß KV. 307.
Sohn, Geschäftsführer des Vaters AV. 820.
Sondervermögen, KV. 294, 848.
Sonntag, Beitrag 151, 153; Grundlohn 115; Krankengeld 28, 34, 56, 343, 464, 537, 532, 739; Krankenpflege UV. 397, 789.
Sonntagsarbeit, Krieg 599.
Soziale Gesetzgebung 221.
Sozialreform, Fortführung 408.
Sozialpolitik 169, England 557.
Sozialversicherung, Kapital 173; Krieg 561, 733.
Sparversicherung, AV. 722.
Speisenbereitung, Unfall 69.
Spesen s. Reisespesen, Tagesspesen.
Spielerei, Unfall 287.
Spruchkammer, Verhandlung 234; Vorentscheidung 710.
Spruchsache, Gebühren KV. 381; Pauschbetrag 380.
Spruchverfahren, Ersatzansprüche 734; Schiedsgericht 32.
Staat, Versicherungsfreiheit JV. 503; KV. 559, 606, 724, 849.
Staatliche Beschäftigung KV. 246.
Staatsbeamter, KV. 87.
Staatsdienst, KV. 87, 236.
Staatsrecht 244, 365, 654.
Stadt, Angestellter KV. 149, 319; Arbeitgeberin 544.
Stallhaltung, UV. 622.
Steinwurf, UV. 333, 383.
Stellenvermittler, Dienstboten 47.
Stellung, Wechsel AV. 268, 359.
Stellvertreter, Arbeitgeber KV. 583; Ausschuß 28; KV. 103.
Stelzfuß, KV., 680.
Sterbegeld, Befreiung 434; freiwillige Versicherung 272; JV. 384; Krieg 730, 749, 775; privat 356; Ueberschuß 464.
Sterbemonat, JV. 578.
Sterbeurkunde, Krieg 745.
Stiefkinder, Familienhilfe 448.
Stillgeld, Uebergangszeit 5; s. Niederkunft.
Stimmrecht, Ausübung 687; Vorstand 319.
Stimmzettel 836; Gültigkeit 35; Merkmal KV. 788; Nichtberücksichtigung KV. 789; Vernichtung 97.
Strafe, Beitragsrückstände JV. 312, 426; Beschwerde 318; Markenverwendung 669, 825; JV. 385; UV. 210; Verfehlung KV. 309, 452; Verjährung 312, 428, 479, 624; versäumte Anmeldung KV. 415; Verschulden UV. 577; Zuwiderhandlung UV. 549; siehe Fahrlässigkeit, Freiheitsstrafe, Ordnungsstrafe, Verschulden.
Strafgefangener, JV. 384.
Strafverfahren, Kosten 631.
Strafverfolgung, Verjährung JV. 644.
Straßenbahn, JV. 720; UV. 117, 190.
Streit, Beitragspflicht AV. 782; Entschädigungspflicht UV. 592; JV. KV. 680, 715; Versicherungsämter 789; Versicherungsverhältnis JV. 248; s. Ersatzstreitigkeit.
Streitsache, Beschlußverfahren JV. 385.
Streitverfahren, Kosten 343; Prüfungspflicht; KV. 308; Uebergangszeit KV. 5.
Studierende, Versicherungspflicht 607.
Stundung, Beitrag UV. 668.

T.

Tagesentgelt, Berechnung 296.
Tagesordnung, Ausschuß-, Vorstandssitzung 308.
Tagesspesen JV. 121.
Tagesverdienst, Grundlohn 368.
Taschenbuch, Unfallkrankheiten 604.
Taschengeld, AV. 216; Hauslohn JV. 694; Unfallzuschuß 151, 512.
Tätigkeit im Betrieb UV. 478; mehrfache AV. 457.
Technikerrecht 701.
Telegraphenverwaltung, Betriebskrankenkasse 38.
Termin, Versäumnis 86.
Teuerungszulage, Entgelt 390.
Tierhalter, Unfall 79.
Titel s. Amtsbezeichnung.
Tod, Beitragserstattung AV. 821; Kriegsgefangene 841; Vorstandsvorsitzender 800.
Totengräber, AV. 96.
Totgeburt, Wochengeld 366.
Trichinenschauer, AV. 505, 866.
Triebwerk, UV. 503.
Trinker, KV. 726.
Trinkerheilanstalt 293.
Trunksucht, Prozeßfähigkeit 162.
Tuberkulose, Krieg 722.
Tütenkleberin KV. 357.

U.

Uebergangsbestimmungen, Hausgewerbe 37.
Uebergangszeit, KV. 2; siehe Wochenhilfe, Krankengeld.
Uebersetzungskosten 118.
Uebertragung, Rente 121.
Ueberweisung, Kosten UV. 41.
Umlage, UV. 100.
Umschläge s. Stimmzettel.
Unehelich, Kinder, Hinterbliebenenrente 765; Vater KV. 438.
Unfall, Erste Hilfe 102; des tägl. Lebens 333; Uebergangszeit 576.
Unfallentschädigung 557; Ersatzkasse 535.
Unfallerhöhung, Ersatz 49.
Unfallfolge, Bemerkbarwerden 218; Gewöhnung 555.
Unfallkrankheiten, Taschenbuch 604.
Unfallrente, Gehaltskürzung 584; mehrere Berechtigte 589; neben Invalidenrente 46; U. u. Krankengeld 269, 583; Pension 46; Ruhen 46; Versicherungspflicht KV. 90.
Unfallverhütungsvorschriften, Schadenersatz 47.
Unfallversicherung, Belgien 723; U. u. Krankenversicherung 102, 846; landwirtschaftliche 365; Rechnungsergebnisse 288; Uebergangszeit 822.
Unfallwaisenrente 195.
Unfallzuschuß 439, 440, 583, 608, 823; Hausgeld, Taschengeld 151, 512.
Unständige Beschäftigung 845; Begriff 66; Beiträge 115, 773; U. B. u. ständige 394, 415; Unternehmer UV. 475; frei-

Digitized by Google

willige Versicherung 272, 655, 751, 775; formale Mitgliedschaft 488; Wartezeit 776.
Unterhalt, Haussohn JV. 694.
Unternehmer, Schadenersatz 847; Strafe UV. 549; Vertretung UV. 668.
Unternehmerverzeichnis UV. 741.
Unterschlagung, Vollstreckungsbeamter 118, 136.
Untersuchung, ärztl. JV. 742; KV. 329; ärztl., vor Arbeitsbeginn 161; Reiseentschädigung UV. 809; Verpflichtung JV. 767.
Untersuchungshaft, JV. 505.
Unterstützung für Angehörige der Kriegsteilnehmer 781; wechselnde Höhe UV. 837.
Unterstützungsfall, neuer KV. 103, 582, 800.
Unterstützungswesen, Gewerkschaften 650.
Unterzeichnung, Kassenschreiben 488.
Urlaub, AV. 580; Beitragspflicht AV. 782; JV. 767; KV. 224.

V.

Variété, AV. 596.
Verantwortlichkeit, Uebertragung 481.
Verbände, AV. 96; Ausland AV. 96.
Verdienst, Ermittelung UV. 384; Fahrtkosten AV. 554; Hausgewerbe 320; Höhe JV. 819.
Verdienstgrenze, KV. 441, 696; Streitverfahren KV. 308.
Vereinbarung, Aushilfe KV. 822; Krankenhilfe 642; der Unternehmer UV. 592.
Verfahren, Krieg 566; Legitimation JV. 505; Vernehmung UV. 141; Zuständigkeit JV. 769.
Verfehlung, Strafe 452.
Vergantungsprotokollist, JV. 385.
Vergiftung, Merkblätter 102.
Vergleich mit Verletztem 313.
Vergütung, Ausschußmitglieder 223; persönl. Erscheinen JV. 46.
Verjährung, Beiträge KV. 343; Entschädigungsanspruch UV. 165; Krieg 567; Rückzahlung des Beitrags KV. 511; Schadenersatz 406; Strafe JV. 428, 479, 624, 644.
Verhältniswahl, UV. 577.
Verhandlung, Benachrichtigung JV. 46; mündliche JV. 504; Spruchkammer 234.
Verkäuferin, Schlächterladen AV. 506, 533.
Verletzter, Vernehmung UV. 141.
Vermessungsarbeiten, UV. 383.
Vermögen, Innungskasse 294; Kassenschließung 55, 175, 679, 847; Streit UV. 310, 503; Ueberweisung 318; Unzulänglichkeit 367; Zuweisung KV. 319.
Vermögensteilung, Innungskrankenkasse 56.
Vernehmung, Einspruch 228, 239, 286, 310, 404, 458, 643, 837; Kosten UV. 478; V. des Verletzten UV. 141, 790.
Versammlungen, Kassenmittel 401, 472, 573.
Verschulden, Gehilfe 265; Strafe UV. 549, 577, 791.
Versicherung, private AV. 867; städtische 800.
Versicherungsagent, JV. 121.
Versicherungsamt, Anfechtung einer Anordnung KV. 789; Aufgaben 101; Aufsicht 164, 848; Beschlußverfahren 417; Einspruch 226, 239, 619, 622; Geschäftsgang 234.
Versicherungsanstalt, Ersatzanspruch 293.
Versicherungsbehörden, Abdruck d. Entscheidungen 700; Prozeßverfahren 102; Wahl KV. 521.
Versicherungsberechtigte, besondere Ortskrankenkasse 180, 183; Einkommen 180, 184; Hebammendienste 115; Schadensersatzanspruch 339.
Versicherungsberechtigung, Anerkenntnis JV. 594; Einkommen 206, 283, 408, 523, 618, 788; Mitgliedschaft 308; Uebergangszeit 159; Zurückweisung KV. 617.
Versicherungsfreiheit, Beginn KV. 849; Behörde 341, 487, 503, 559, 681, 799; freiwillige Versicherung 27, 801; Hausgewerbtreibende 198, 338, 393; Nebenbeschäftigung KV. 319.
Versicherungskarte, AV. 148; Aufrechnung AV. 96; Ersatzzeiten AV. 96.
Versicherungsleistungen, Krieg 563.
Versicherungsmarken, Anrechnung JV. 144; entwertete 70; freiwillige Versicherung AV. 96; Gültigkeit 384; Wiederverwendung 93.
Versicherungspflicht, Anerkenntnis JV. 594; der Angestellten während des Krieges 781. AV. 721; Befreiung KV. 370; Dauer AV. 361; Einkommen KV. JV. 728; Kinder 175; Streitverfahren KV. 308.
Versicherungsrecht, Jahrbuch 365.
Versicherungsträger, Wahl KV. 521; Zuständigkeit UV. 741, 742.
Versicherungsverein, Ausschluß 800.
Versicherungsverhältnis, KV. 680.
Versicherungswesen 242.
Versorgung, ärztliche KV. 714.
Vertrauensmänner, Wahl AV. 96.
Vertreter, Unternehmer UV. 668; V. des Vorsitzenden KV. 363; s. Stellvertreter.
Vertretung, Ausländer 148; Streitverfahren 118.
Verwaltung, Krankenkassen 365; Versicherungsträger, Krieg 564.
Verwaltungsbehörde, Zuständigkeit 85.
Verwaltungsdirektor, Kasse 344.
Verwaltungsrecht 365, 604, 654.
Verwaltungssekretär, Kasse 344.
Verwandter KV. 582; Lohnarbeitsverhältnis 391.
Verwandtschaft, Versicherungspflicht UV. 429.
Verweisung, Großer Senat 769.
Verwundung, Ausland KV. 871.
Verzug s. Zahlungsverzug.
Viehkommissionär, UV. 118.
Volksversicherung 101, 677.
Vollmacht, Berufung 504, 871; Einspruch 643; Prozeß KV. 392; Rechtsmittel 498.
Vollstreckungsbeamter 755; Unterschlagung 118, 136.
Vollziehungsbeamter, KV. 247.
Voranschlag, Kasse 367; KV. 132; Reichsversicherungsanstalt 96.
Vorarbeiten, Unfall 402.
Vorauszahlung s. Pflichtbeiträge.
Vorentscheidung, Beschlußverfahren 417, 504, 518, 789; Zulässigkeit 234, 710.
Vorschlagsvertreter, Wahl, 613, 619.
Vorschüsse der Gemeindeverbände, KV. 283, 367, 724, 872.
Vorsitzender, Abstimmung 49; Ausschuß, Vorstand 115, 207, 573; Betriebskrankenkasse 55; Einspruch 239; Vertretung 363, 702; Vorstand 151, 800.

Digitized by Google

Vorstand, Abstimmung 343, 657; Anordnungen 607; V. u. Ausschuß KV. 619, 656, 871; Ausweis 687; Betriebskrankenkasse 308; Beschwerde 657; Ersatz 749; Ersatzmänner KV. 80, 319, 363; der Kasse 14; Kosten 606; Pflichten KV. 328; Sitzungen KV. 247, 308, 560, 606; Stimmrecht 319; Wahl 619.
Vorstandsmitglied, Krieg 774.
Vorübergehende Beschäftigung, Hausgewerbtreibende 198, 253, 818; Dienstleistungen JV. 194.

W.

Wahl, Amtsdauer 638; Anfechtung 296, 788; Ausschuß 501, 788; Behinderung 665; Ersatzmänner 828; Kassenverbände 105; Krieg 572; Landkrankenkasse 435: Stimmzettel 97; Versicherungsbehörde KV. 521; Versicherungsträger KV. 521; Vertreter 686; W. des Vorstandes KV. 788, 807; Zustandekommen AV. 96; s. Neuwahl, Verhältniswahl.
Wahlausschreiben, Anfechtung KV. 788.
Wahlausschuß, Auslagen 27.
Wählbarkeit, Ausschluß 661; Beschränkung 67; Einschränkung KV. 113, 115; Konkurs 342; Offenbarungseid 464; Verlust 380; Versicherungsträger 234.
Wahlhandlung, Leitung KV. 788.
Wählerliste 503, 520, 639.
Wahlrecht, Ausübung 115, 163, 174; Uebergangszeit KV. 320; Unständige 294.
Wahlverfahren 497, 613, 619; Mängel 836.
Wahlvorschläge 366, 501; Entgegennahme KV. 788; KV. 619, 807; Mängel 854; Prüfung KV. 788; UV. 503; Unterzeichnung 55; unvollständige 519; Veröffentlichung 380.
Wahlvorschlagsliste, Unterzeichnung 688.
Wahlzeit, Beginn 582.
Waisenausſteuer 195, 384, 552, 578; mehrere Waisen 456.
Waisenrente 195; Doppelwaise 121, 445; ehel. Geburt 538.
Wanderbetrieb, Hausſohn KV. 103.
Wandergewerbe, Anmeldung KV. 133; Begriff 223; Mitführung von Personen 40.
Wandertheater, KV. 291.
Wartezeit, Abkürzung AV. 96; Altersrente 271; AV. 363, 867; Berechnung AV. 783; Erfüllung JV. 791; Familienhilfe 80; Hausgewerbe KV. 776; Krankengeld 558, 776; KV. 511; Kürzung, Beseitigung KV. 115; Mehrleistungen KV. 114, 115; Unständige 294, 776; Wegfall KV. 139.
Waschfrau, KV. 824.
Weg zur Betriebsstätte UV. 790; UV. 41.
Wegweiſer, UV. 809.
Weihnachtsgratifikation, Anspruch 695.
Weiterversicherung, Krieg KV. 591, 777.
Werkmeister, AV. 269.
Werktag, Beitrag 439.
Wertpapiere, Aufbewahrung KV. 236.
Wiederaufnahme des Verfahrens 281, 804; Uebergangszeit 6; Beiträge UV. 41; Terminsversäumnis 86.
Wiedereinsetzung 759, 766.
Wiedereintritt der Kriegsteilnehmer in die Krankenversicherung 777 ff.
Winzer, KV. 295.
Wirtschafterin KV. 174.
Witwengeld, JV. 384; Verfahren 121.
Witwenrente, Anwartschaftsbescheid 43, 46; Voraussetzungen 81.
Witwerrente 578, 595.
Woche, Beitrag KV. 511.
Wochenbeitrag 438, 630, 691; trotz Krankenhilfe 367.
Wochengeld, Anspruch 416, 656, 728, 845, 846; Ausgleich 318, 845; nach Ausscheiden 558; Erstattung 390; W. u. Krankenhilfe 535; W. u. Krankengeld 696; Leistung 157; Totgeburt 366; Uebergangszeit 4; Wöchnerinnenheim 872; Zeit 272.
Wochenhilfe, Armenverband 798; Aufnahme bei Hebammen 625; Befreiung 434; Dauer 55; Ersatzanspruch 318; Krieg 833; private 356.
Wöchnerin, Krankenhilfe 871.
Wöchnerinnenheim, Wochengeld 872.
Wohlfahrtseinrichtung, AV. 362.
Wohnort, AV. 554.
Wohnungsfürsorge, AV. 315.
Wohnungswechsel, UV. 766.
Wurmkrankheit, UV. 741, 763.

Z.

Zahlkarte, AV. 743.
Zahlstelle, KV. 871.
Zahltag, KV. 871.
Zahlungsverzug, freiwillige Versicherung 80, 368.
Zahnarzt, Familienhilfe 560; Gebühren 168; Z. u. Krankenkassen 25; poetischer 174.
Zahnheilverfahren, AV. 581.
Zahnleiden, KV. 246, 414.
Zahntechniker und Krankenkassen 25, 38, 270, 424, 521.
Zahnziehen, Betäubung KV. 558.
Zangengeburt 800.
Zeitungsausträger, JV. 121, 440.
Zeitverlust, Entschädigung JV. 385.
Zeugenvernehmung, Amtsgericht 235.
Zimmermeister, Versicherungspflicht 773.
Zurückverweisung, Rentensachen 59, 201; Versicherungsberechtigung KV. 617.
Zusatzbeiträge, Familienhilfe 209, 245, 247, 440.
Zusatzversicherung, JV. 390.
Zuschlag, Fünfpfennig KV. 746.
Zuschneider, Stellung 647.
Zuschuß, Gemeinde KV. 700; Hausgewerbe 247, 254, 294, 338, 393, 536; JV. 384; KV. 843; s. Kinderzuschuß.
Zuschußkasse, AV. 362.
Zuständigkeit für Aufsicht KV. 164; Unfall 741, 742; s. Krankenkasse.
Zustellung, Unkenntnis 759.
Zustimmung, Satzung KV. 573.
Zweiganstalt, Zuständigkeit UV. 577.
Zweigniederlassung, UV. 477.

Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H., Berlin SW. 48.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Dippe**, Geh. Justizrat **J. Hahn**, Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Hoffmann**, Geh. Reg.-Rat und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. **Laß**, Rat Dr. **Olshausen**, Geh. Hofrat Prof. Dr. **Rosin**, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. **K. Weymann**, Geh. Regierungsrat Dr. **Zacher** und anderen namhaften Fachmännern
herausgegeben von
A. Troschel.

XXXI. Jahrgang. **1. Januar 1914.**

Redaktion:	**Nr. 1**	**Verlag und Expedition:**
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung R. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Zum 1. Januar 1914.

Dieses Heft ist ausschließlich dem neuen Krankenversicherungsrecht gewidmet, das, als der letzte Rest der Reichsversicherungsordnung, an diesem Tage vollständig in Kraft tritt. Zur gleichen Zeit hat die „Arbeiter-Versorgung" ihren 30. Jahrgang abgeschlossen. Ihr erstes Heft war am 1. Januar 1884 erschienen, fast ein Jahr ehe das erste der sozialen Versicherungsgesetze, das Krankenversicherungsgesetz, in Kraft trat. Seitdem ist sie der gewaltigen Entwicklung dieses Rechtsstoffs, von der Kranken- über die Unfall- und Invalidenversicherung zur Hinterbliebenen- und endlich zur Angestelltenversicherung, wachsam gefolgt, in dem Bestreben, das Verständnis für die neuen Rechtsgedanken und ihre Ausprägung in den Gesetzen zu fördern und zu verbreiten. Wir haben erwogen, ob der Titel „Arbeiter-Versorgung" noch zutrifft und beizubehalten sei, nachdem im Laufe der Jahrzehnte immer weitere Kreise von Angestellten in gehobener Stellung in die Versicherung einbezogen worden sind. Aber wir meinen, daß gerade diese Entwicklung doch auch das Verständnis dafür gefördert haben muß, daß eine strenge Scheidung nach Ständen innerhalb dieser ganzen großen Masse von Schaffenden nicht angängig und daß die Bezeichnung „Arbeiter" ein Ehrentitel ist, den sich jeder von ihnen gefallen lassen kann. Deshalb will unsere Zeitschrift, trotz ihrer erweiterten Aufgaben, auch fernerhin „Arbeiter-Versorgung" heißen, eine „Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche". Sie hält an ihrem Programm fest und glaubt, durch ihren Stamm bewährter Mitarbeiter eine Bürgschaft dafür zu bieten, daß sie ihren Lesern auch bei der Erfassung und Verwirklichung des neuen Rechts wertvolle Hilfe wird leisten können. Diesem Zwecke dienen besonders auch die Auskünfte, die nach wie vor in sachkundiger Weise bereitwilligst erteilt werden sollen.

Schriftleitung und Verlag der Arbeiter-Versorgung.

Digitized by Google

Zum Inkrafttreten des neuen Krankenversicherungsrechts.

Von Geh. Justizrat **J. Hahn** in Zehlendorf (Berlin.)

Wegen der eingreifenden Aenderungen der Organisation, des Verfahrens und des Umfangs der Versicherung konnten schon aus verwaltungstechnischen Rücksichten die einzelnen Teile der Reichsversicherungsordnung nur nach und nach in Kraft gesetzt werden. Die zur Durchführung erforderlichen Vorschriften aber mußten zur Vermeidung von Verzögerungen sofortige Geltung erlangen, (Art. 1 Einf.Ges., vgl. Begr. S. 22). Das würde nicht erreicht worden sein, wenn nicht auch das Einführungsgesetz, das der Durchführung der Reichsversicherungsordnung dient, sofort, d. h. mit der Verkündung, in Kraft getreten wäre. Dies muß daher, als im Sinne des Gesetzes liegend, angenommen werden (vgl. Art. 2 der Reichsverfassung). Die Verkündung ist am 1. August 1911 erfolgt. Demnächst ist das neue Recht der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung am 1. Januar 1912 und das der Unfallversicherung am 1. Januar 1913 in Kraft getreten (Art. 2 und 4 Einf.Ges., Art. 3 der Verordnung vom 5. Juli 1912, Reichsgesetzblatt S. 439, Arb.-Versorgg. S. 489).

Vom Rechte der Krankenversicherung sind die auf die Angestellten der Kassen bezüglichen §§ 349, 350, 354 Abs. 2 bis 6, § 358 nach Art. 38 Einf.Ges. sofort in Kraft getreten. Dann wurden durch Art. 1 und 2 der erwähnten Verordnung die Vorschriften über Errichtung, Ausgestaltung, Vereinigung, Ausscheidung, Auflösung und Schließung von Krankenkassen mit dem Tage der Verkündung, d. i. den 13. Juli 1912, und die Vorschriften über Kassenvereinigungen der im § 414 bezeichneten Art mit dem 1. September 1912 in Kraft gesetzt. Alle übrigen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung, also das ganze Krankenversicherungsrecht, soweit es nach vorstehendem nicht schon in Geltung war, treten mit dem 1. Januar 1914 in Kraft (Art. 4 der Verordnung).

Eine große und schwierige Arbeit haben allenthalben im Reiche die Behörden und die Organe der Versicherungsträger mit ihren Beamten und Angestellten leisten müssen, um das Inkrafttreten des neuen Rechtes der Krankenversicherung vorzubereiten und die Einrichtungen zu schaffen, die ihm dienen sollen; und reicher, hingebender Mühe wird es noch bedürfen, ehe die Uebergangsschmerzen überwunden sein und die Beteiligten sich in die neuen Formen und Normen eingelebt haben werden. Inzwischen wird, neben dem neuen auch noch das alte Recht für eine mehr oder minder lange Uebergangszeit in gewissen Grenzen Geltung beanspruchen. Denn wenn das neue Recht die unter seiner Herrschaft sich ereignenden Tatbestände und die darauf beruhenden Rechtsverhältnisse sofort ergreift, so wird doch oft die Frage auftauchen, ob und inwieweit einer neuen Vorschrift auch eine Einwirkung auf die vor seiner Gesetzeskraft entstandenen Rechtsverhältnisse gebührt. Das Einführungsgesetz enthält zahlreiche Normen hierüber; für die Krankenversicherung kommen besonders in Betracht: Art. 6, 25, 29, 30 bis 42 und hinsichtlich des Verfahrens: Art. 85 bis 87, 96. Soweit es an ausdrücklichen Vorschriften fehlt, ist jene Frage nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen, unter Berücksichtigung der Bedeutung und Wichtigkeit des einzelnen Rechtssatzes, besonders von sozialpolitischen Gesichtspunkten aus, zu entscheiden (vgl. Rek.-Entsch. des Reichsversicherungsamts 1875, Amtl. Nachr. 1901 S. 551, Arb.-Versorgg. 1901 S. 607; Entsch. des Reichsger. in Zivils. 43 S. 25).

Im folgenden sollen nur zwei einschlägige, besonders wichtige Fragen erörtert werden: Der Einfluß des neuen Rechts I. auf schwebende Ansprüche aus der Versicherung und II. auf schwebende Streitsachen.

I. Einfluß auf schwebende Ansprüche. Für Versicherungsfälle, in denen am 1. Januar 1914 die Leistungspflicht der Krankenkasse nach dem alten Rechte noch fortdauert, gelten von diesem Tage ab die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung, soweit sie für den Berechtigten günstiger sind (Art. 30, Einf.Ges.).

1. Diese Vorschrift ist ohne jede Bedeutung für alle erst am 1. Januar 1914 (oder später) ins Leben tretenden Krankenkassen, insbesondere

Digitized by Google

also für die Landkrankenkassen und für die neuerrichteten (nicht nach Art. 15 Einf.Ges. ausgestalteten) allgemeinen Ortskrankenkassen. Denn indem das Gesetz von der fortdauernden Leistungspflicht „der" Krankenkasse spricht, setzt es vor allem voraus, daß die Kasse, deren Leistungspflicht vor dem 1. Januar 1914 entstanden ist, über diesen Zeitpunkt hinaus fortdauert. Wird die Kasse mit Ablauf des Jahres 1913 aufgelöst oder geschlossen, so gehen ihre Mitglieder nach näherer Vorschrift des § 300 zu einer anderen Kasse über, für deren Leistungspflicht nicht Art. 30, sondern § 212 maßgebend ist; danach hat die andere Kasse die weitere Leistung nach ihrer Satzung zu übernehmen, gleichviel ob deren Bestimmungen dem Versicherten günstiger oder ungünstiger sind. Ausnahmsweise kann aber auch eine fortdauernde Leistungspflicht der aufgelösten oder geschlossenen Kasse in Frage kommen, nämlich, wenn das Beschäftigsverhältnis, worauf die Mitgliedschaft der Kranken beruhte, inzwischen gelöst ist, so daß ein Uebergang zu der anderen Krankenkasse nicht stattfinden kann, oder wenn der schwebende Versicherungsfall überhaupt nicht ein Mitglied, sondern einen erwerbslos Ausgeschiedenen betrifft (§ 28 KVG.) Dann hat der mit der Abwicklung der Geschäfte befaßte Vorstand der aufgelösten oder geschlossenen Kasse die satzungsmäßigen Leistungen weiter zu gewähren (vgl. Hahn, Handb. der Krankenversicherung, S. 498 Anm. 2 zu § 301) und dabei den Art. 30 Einf.Ges. zu beachten.

2. Es handelt sich um die Pflicht zu fortlaufenden Leistungen, für die durch Gesetz und Satzung eine gewisse Dauer bestimmt ist. Diese Zeitdauer muß vor dem 1. Januar 1914 in Lauf gesetzt sein. Das geschieht bei der Krankenhilfe nicht unbedingt mit dem Beginn der Krankheit, sondern erst mit dem Tage, von dem ab der Versicherte die Leistungen der Kasse in Anspruch nimmt (vgl. Handb. S. 227 Anm. 2 d und die zustimmende Aeußerung eines Regierungsvertreters im KommBer. II S. 64). Nimmt also der vor dem 1. Januar Erkrankte die Kassenleistungen erst von diesem oder von einem späteren Tage ab in Anspruch, so liegt der Fall des Art. 30 überhaupt nicht vor, sondern der Anspruch ist schlechthin nach dem neuen Recht zu beurteilen. Verlangt er aber die Leistungen zwar erst im Jahre 1914, aber für eine Zeit vor dem 1. Januar und darüber hinaus, so ist für die Zeit bis 31. Dezember 1913 das alte Recht, von da ab der Art. 30 maßgebend. Die Leistungsdauer nach altem Recht darf nicht vor dem 1. Januar 1914 abgelaufen sein; liefe sie mit dem 31. Dezember 1913 ab, so wäre eine verlängernde Einwirkung des neuen Rechts im Sinne des Art. 30 ausgeschlossen.

3. Liegen die Voraussetzungen des Art. 30 vor, so gelten vom 1. Januar 1914 ab die Vorschriften der „Reichsversicherungsordnung", soweit sie dem Berechtigten günstiger sind. Von Vorschriften der Satzung ist hier nicht die Rede. Auf sie bezieht sich § 211, wonach für Versicherungsfälle, die bereits eingetreten sind, durch Satzungsänderungen die Leistungen erhöht, nicht aber herabgesetzt werden können. Das Verhältnis dieser Vorschrift zu Art. 30 ist folgendes: Art. 30 bezieht sich nur auf die vom 1. Januar 1914 eintretende Rechtsänderung und schreibt zwingend die Anwendung des für den Berechtigten günstigeren Rechts vor; § 211 betrifft sowohl die am 1. Januar 1914 wie alle späterhin in Kraft tretenden Satzungsänderungen und ermächtigt die Kasse nur, einer Erhöhung der Leistungen auch Einfluß auf schwebende Ansprüche einzuräumen; tut die Satzung dies nicht, so bleibt es bei dem Rechtsgrundsatz, daß der Anspruch für die ganze Zeit seiner Dauer sich nach der Satzung bemißt, unter deren Geltung der Versicherungsfall eingetreten ist. Insoweit es sich nun um die Regelleistungen handelt, würde es ohne Belang sein, ob die am 1. Januar 1914 in Kraft tretende neue Satzung einer fortbestehenden Krankenkasse die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung vollständig und richtig aufgenommen hat; denn zwingende Vorschriften des Gesetzes gelten auch ohne Aufnahme in die Satzung (vgl. Entsch. des Reichsger. 52 S. 211), und abweichende Satzungsbestimmungen gelten nicht, selbst wenn sie genehmigt sind (Handb. S. 441, 442 Anm. 1 a zu § 324). Demnach kann hinsichtlich der Regelleistungen bei schwebenden Ansprüchen vom 1. Januar ab nur Art. 30, nicht § 211 zur Anwendung kommen. Mehrleistungen dagegen sind begrifflich solche, welche die Kasse durch die Satzung einführen kann, nicht muß; sie gelten nur, wenn die Satzung sie bestimmt (§ 179 Abs. 3). Soweit nun eine am 1. Januar 1914 in Kraft tretende neue Satzung

Digitized by Google

Aenderungen in Mehrleistungen einführt, wird man unterscheiden müssen, ob es sich um Aenderungen handelt, die schon das bisherige Recht zuließ, oder nicht. Waren sie schon bisher zulässig, so stehen sie nicht in einem inneren, sondern in einem rein zufälligen Zusammenhange mit der Reichsversicherungsordnung, indem sie nur bei Gelegenheit der Einführung des neuen Rechts in das revidierte Statut aufgenommen sind; daher können sie in keiner Weise nach Art. 30, sondern nur nach § 211 beurteilt werden, d. h. sie wirken auf einen schwebenden Anspruch nur ein, wenn sie die Leistungen erhöhen und wenn die Satzung eine solche Einwirkung vorsieht. Wenn dagegen die mit dem neuen Recht in Kraft tretende Aenderung der Satzung eine Mehrleistung einführt, die erst die Reichsversicherungsordnung zuläßt, z. B. Stillgeld nach § 200, so wird man wohl sagen dürfen, daß die Absicht die ist, die neue Gesetzesvorschrift alsbald zur Geltung zu bringen, daß also die Anwendung nicht nur der neuen Satzungsbestimmung, sondern zugleich der neuen Gesetzesvorschrift auf den schwebenden Fall in Frage steht und daß daher gemäß Art. 30 vom 1. Januar 1914 ab ein Anspruch auf die Mehrleistung auch dann besteht, wenn die Satzung eine solche Einwirkung auf den schwebenden Anspruch nicht ausdrücklich vorsieht. Spätere Aenderungen dieser Art fallen natürlich nur unter § 211.

4. Art. 30 betrifft nur solche neue Vorschriften, welche das Maß oder die Art oder die Dauer der Leistungspflicht der Kasse berühren und sich, im Vergleich zum früheren Recht, als günstiger für den Berechtigten darstellen; sie gelten nur vom 1 Januar 1914 ab. — Einige Anwendungsfälle:

a) § 183 Abs. 1 Satz 2 bestimmt: Fällt in den Krankengeldbezug eine Zeit, in der nur Krankenpflege gewährt wird, so wird diese Zeit auf die Dauer des Krankengeldbezugs bis zu 13 Wochen nicht angerechnet. Das ist neu; bisher waren, wenn einmal der Krankengeldbezug begonnen hatte, Unterbrechungen dieses Bezugs auf die Dauer der Leistungspflicht der Kasse ohne Einfluß, d. h. die Zeit der Unterbrechung wurde auf die satzungsmäßige Dauer voll angerechnet. Ist infolge solcher Anrechnung die Leistungspflicht der Kasse nach altem Rechte vor dem 1. Januar 1914 erledigt, so kann sie nicht an diesem Tage deshalb wieder aufleben, weil bei Anwendung des neuen Rechts die Leistungsdauer noch nicht abgelaufen sein würde. Reicht die Leistungsdauer in das Jahr 1914 hinein, so sind krankengeldfreie Zeiten nur insoweit nicht anzurechnen, als sie in dies Jahr fallen. Man kann demgegenüber nicht auf Art. 6 verweisen und sagen: da die Leistungsdauer am 1. Januar 1914 noch nicht vollendet war, sei für die Berechnung der ganzen Dauer, also auch soweit sie in die Zeit vor 1914 fällt, das neue Recht maßgebend, welches die Anrechnung der krankengeldfreien Zeiten bis zu 13 Wochen gebiete. Allerdings zählen zu den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die „Fristen" im allgemeinen auch die Vorschriften über die Dauer von Kassenleistungen (wie sich aus § 127 Abs. 2 ergibt; vgl. auch Arb.-Versorgg. 1905 S. 714); an sich würde daher Art. 6 Einf.Ges. auf unseren Fall anwendbar sein. Aber er ist verdrängt durch die speziellere Vorschrift des Art. 30, wonach die günstigeren Vorschriften des neuen Rechts, also auch die Bestimmung über Nichtanrechnung der krankengeldfreien Zeiten, bei schwebenden Ansprüchen erst vom 1. Januar 1914 gelten.

b) Daß die Kasse nach näherer Bestimmung des § 184 Abs. 5 und des § 369 den Mitgliedern ein Recht der Wahl zwischen mehreren Krankenhäusern oder Aerzten einräumen soll, und daß der Versicherte unter allen von der Kasse bestellten Aerzten wählen darf, wenn er die Mehrkosten übernimmt, das sind gleichfalls Rechtsänderungen zugunsten der Berechtigten, die vom 1. Jannar ab auch auf vorher eingetretene Versicherungsfälle anzuwenden sind.

c) Wochengeld ist nach § 6 KVG. nur für sechs, nach § 195 RVO. aber für acht Wochen zu zahlen. Sind also die sechs Wochen am 1. Januar 1914 noch nicht abgelaufen, so verlängert sich der Anspruch um zwei Wochen. Die Satzung einer Krankenkasse bestimmt aber, daß von den acht Wochen zwei auf die Zeit vor, und sechs auf die Zeit nach der Niederkunft entfallen. Im Hinblick hierauf ist die Meinung geäußert worden, daß, wenn die Niederkunft vor dem 1. Januar 1914 stattfinde, z. B. im Dezember 1913, der Anspruch auf sechs Wochen beschränkt bleibe; denn da § 195 RVO. einstweilen nicht gelte, könne für die Zeit vor der Niederkunft nichts gezahlt werden. Dies ist irrig. Der § 195, auf dem

Digitized by Google

jene Satzungsvorschrift beruht, besagt, daß von den acht Wochen „mindestens" sechs in die Zeit nach der Niederkunft fallen müssen; die acht Wochen dürfen also auch voll in die Zeit noch der Niederkunft fallen. Hat die Versicherte vorher nichts erhalten, so darf ihr deshalb nicht der Anspruch auf die Leistung für volle acht Wochen verkürzt werden. Nur so darf auch die Satzung verstanden werden (vgl. Mustersatzung für Ortskrankenkassen § 29). Daher hat die Versicherte, die im Dezember 1913 niederkommt, nach Art. 30 unter allen Umständen Anspruch auf Wochengeld für acht Wochen.

d) Die Satzung kann den Wöchnerinnen (§ 195 Abs. 1) ein Stillgeld bis zum Ablauf der zwölften Woche nach der Niederkunft, also auch für kürzere Dauer zubilligen (§ 200). Ist die in der Satzung bestimmte Dauer am 1. Januar noch nicht abgelaufen, so gilt nach Art. 30 die Vorschrift des § 195 und die auf Grund derselben erlassene Satzungsbestimmung auch für die vor dem 1. Januar niedergekommenen Wöchnerinnen (vgl. oben unter 3), aber nur „von diesem Tage ab"; d. h. der Anspruch auf Stillgeld besteht nur für den am 1. Januar noch nicht abgelaufenen Rest der bestimmten Dauer.

e) Ist ein neuer Rechtssatz dem Berechtigten ungünstiger, so wirkt er nach allgemeinen Grundsätzen auf einen schon vorher entstandenen Anspruch nicht ein, wenn nicht besondere Gründe die Annahme rechtfertigen, daß er auch für solche Fälle sofort gelten soll. Dies trifft z. B. zu auf § 370 RVO., der einem Notstand Rechnung trägt und daher immer anwendbar sein muß, wenn unter seiner Herrschaft der Notstand eintritt, mag auch der Anspruch auf die Leistungen vorher entstanden sein.

II. Einfluß auf ein schwebendes Streitverfahren.

1. Ist ein Verfahren in Sachen der Krankenversicherung am 1. Januar 1914 bereits anhängig, so wird es nach den bisher geltenden Vorschriften erledigt, soweit nicht Ausnahmen von dieser Regel bestimmt sind (Art. 85 Einf.Ges.). Eine solche Ausnahme ist vorgesehen für ein Verfahren, das nach § 58 KVG. zu erledigen und bereits bei der Aufsichtsbehörde der Gemeindekrankenversicherung oder Krankenkasse anhängig ist: Die Sache ist, wenn darüber bis zum 31. Dezember 1913 noch nicht entschieden ist, an das Versicherungsamt abzugeben zur weiteren Erledigung nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (Art. 86). Die gleiche Ausnahme ist noch für gewisse besondere Fälle (§ 58 Abs. 1 Satz 2, § 84 Abs. 3 KVG., § 136 Abs. 6 LUVG. v. 5. Mai 1886, § 26 Abs. 2, § 27 GUVG., §§ 29, 31 Abs. 2, § 32 LUVG., §§ 9, 11 LUVG., § 30 Abs. 2, §§ 31, 156 SUVG., § 23 Abs. 2 JVG.) vorgesehen (Art. 87).

2. Für ein anderes Verfahren, als in Art. 86, 87 Einf.Ges. erwähnt, bleibt es hiernach bei der Regel des Art. 85. Schwebt z. B. ein Streit zwischen einem Arbeitgeber und seinen Beschäftigten über die Anrechnung von Beiträgen (§ 53 a KVG.) oder zwischen Krankenkassen über die Zugehörigkeit der in einem Gewerbezweige usw. Beschäftigten (§ 57 b KVG), so ist er nach den bisherigen Vorschriften (also nicht nach § 405 Abs. 1, § 258 RVO.) zu Ende zu führen, auch wenn vor dem 1. Januar 1913 eine Entscheidung noch nicht ergangen war; es genügt daß die Sache vor diesem Tage „anhängig, d. h. daß die nach bisherigem Rechte zuständige Behörde bereits angerufen, der Antrag auf Entscheidung bereits gestellt war (vgl. Besch. des Reichsversicherungsamts 2621 Amtl.Nachr. 1914 S. 465). War dies noch nicht der Fall, so ist für die Sache vom 1. Januar 1914 ab unter allen Umständen das Verfahren nach der Reichsversicherungsordnung maßgebend.

3. In den Ausnahmefällen der Art. 86, 87 ist aber selbst ein bereits anhängiges Verfahren nach den neuen Vorschriften und durch die neuen Behörden zu Ende zu führen, „wenn darüber noch nicht entschieden ist", d. h. von der Aufsichtsbehörde entschieden ist, da ja ein bei dieser anhängiges Verfahren vorausgesetzt ist. In einzelnen der in Art. 86, 87 bezeichneten Fällen ist die Aufsichtsbehörde zu einer Entscheidung nur berufen, wo ein Verwaltungsstreitverfahren nicht besteht. In diesen Fällen sind da, wo ein solches Verfahren besteht, die Art. 86, 87 überhaupt nicht anwendbar. Die Voraussetzung, daß „noch nicht entschieden ist", ist dahin zu verstehen, daß noch nicht eine das Verfahren vor der Aufsichtsbehörde abschließende Entscheidung gefällt sein darf. Bloße Zwischenverfügungen, Auf-

Digitized by Google

lagen an eine Partei, Beweisbeschlüsse usw. kommen nicht in Betracht. Dagegen ist nicht erforderlich, daß durch die Entscheidung der erhobene Anspruch sachlich erledigt wird; auch wenn die Aufsichtsbehörde z. B. in einem Rechtsstreit zwischen dem Versicherten und der Kasse über einen Unterstützungsanspruch eine sachliche Entscheidung aus irgendeinem Grunde ablehnt, insbesondere, weil sie sich nicht für zuständig hält, ist der im § 58 vorgesehene Weg der Anfechtung eröffnet (vgl. Entsch. des Preuß. OVG. 20 S. 387 und des Württ. VGH. in Arb.-Versorgg. 1904 S. 186 zu b; vgl. auch den Fall in Arb.-Versorgg. 1911 S. 48 Ziff. 7); denn die Ablehnung ist immerhin eine (abweisende) Entscheidung, so daß Art. 86 nicht zutrifft und der nach bisherigem Recht eröffnete Weg der Anfechtung auch nach dem 31. Dezember 1913 zu verfolgen ist. In allen Fällen aber, in denen die Art. 86, 87 anwendbar sind, ist die Sache an das Versicherungsamt abzugeben; dessen Verfahren und die zulässigen Rechtsmittel bestimmen sich je nach der Verschiedenheit der Parteien und des Streitgegenstandes. Es können in Betracht kommen die §§ 224, 405 Abs. 2, 413 Abs. 3, 1515, 1521, 1540, 1636 ff., 1676, 1695, 1777 ff.

4. Gegen Entscheidungen, die vor dem 1. Januar 1914 rechtskräftig geworden oder vorher erlassen und nachher rechtskräftig geworden sind, findet die Wiederaufnahme des Verfahrens nach den Vorschriften der RVO. statt (Art. 96). Maßgebend sind die §§ 1752—1734, sowohl für die Anfechtungsgründe als auch für die Behördenzuständigkeit und den Gang des Verfahrens. Die Vorschrift (Art. 96) ist aber nur auf ein unter dem neuen Recht anhängig zu machendes Wiederaufnahmeverfahren zu beziehen. Denn das Wiederaufahmeverfahren ist begrifflich, da es ein durch rechtskräftiges Urteil abgeschlossenes Verfahren voraussetzt (§ 1722), als ein selbständiges Verfahren für sich zu betrachten und zu behandeln. Es unterliegt daher dem Art. 85, d. h. es ist nach den bisherigen Vorschriften zu erledigen, wenn es schon vor dem 1. Januar 1914 anhängig geworden ist; die Ausnahme von diesem Grundsatze nach Art. 86, 87 kann nicht vorkommen, da das Wiederaufnahmeverfahren nicht bei der Aufsichtsbehörde anhängig sein kann. Übrigens ergibt sich, wenn der Wiederaufnahmeantrag unter der Herrschaft des neuen Rechts gestellt ist, ein Zweifel hinsichtlich der Zuständigkeit. Nach Art. 96 in Verbindung mit § 1727 hätte „die Spruchstelle, deren Urteil angefochten wird", zu entscheiden. Das können nach bisherigem Recht verschiedene Behörden, insbesondere ordentliche oder Verwaltungsgerichte sein. Da aber über den Antrag „nach der Reichsversicherungsordnung" verfahren werden muß (Art. 96), so können auch nur deren Spruchstellen in Betracht kommen. Man wird daher für zuständig im Sinne des § 1727 diejenige Spruchstelle ansehen müssen, die nach der RVO. das angefochtene Urteil zu erlassen gehabt hätte.

5. Für die Zeit bis zum 1. Januar 1914 konnte, nach einer Uebergangsbestimmung des Bundesrats, die oberste Verwaltungsbehörde die Aufgaben, die auf dem Gebiete der Krankenversicherung den unteren Verwaltungsbehörden und den Aufsichtsbehörden der Krankenkassen oblagen, den Vorsitzenden der Versicherungsämter übertragen, so daß diese auch die vor jenen Behörden schwebenden Angelegenheiten zu übernehmen und zu erledigen hatten (Bekanntm. des Reichskanzlers v. 24. Juni 1912, RGBl. S. 403, Arb.-Versorgg. S. 488). In Preußen ist von dieser Ermächtigung kein Gebrauch gemacht worden, wohl aber in anderen Bundesstaaten. Wo dies geschehen ist — wie z. B. in Baden durch § 83 der Verordnung des Ministeriums des Innern vom 31. Dezember 1912 — da trat der Vorsitzende des Versicherungsamts in den schwebenden Streitsachen lediglich an die Stelle der bisher zur Entscheidung berufenen Aufsichtsbehörde, während für das Verfahren und die zulässigen Rechtsmittel die bisherigen Vorschriften in Geltung blieben, so daß auch die bisher berufenen Instanzen, nicht etwa die Instanzen der Reichsversicherungsordnung zuständig waren (vgl. Entsch. des Bad. VGH. v. 18. März 1913, Breithaupt II S. 421). Demgemäß sind auch die hiernach an den Vorsitzenden des Versicherungsamts übergegangenen Sachen jetzt, beim Inkrafttreten des neuen Krankenversicherungsrechts, grundsätzlich nach den bisherigen Vorschriften zu erledigen (Art. 85) und nur in den Fällen der Art. 86, 87 zur weiteren Erledigung „an das Versicherungsamt" abzugeben, sofern der Vorsitzende bisher noch nicht entschieden hatte. Das „Versicherungsamt" ist in allen nach

Digitized by Google

Art. 86, 87 in Betracht kommenden Fällen der Beschluß- oder der Spruchausschuß (§§ 224, 405 Abs. 2, 413 Abs. 3, 1515, 1521, 1540, 1636 ff., 1676, 1695, 1777 ff). In den Spruchsachen wird aber das Recht des Vorsitzenden, zunächst eine Vorentscheidung zu erlassen (§ 1657), durch das Gebot der Abgabe an den Spruchausschuß selbstverständlich nicht berührt.

Zur Anwendung des Artikels 29 des Einführungsgesetzes zur Reichsversicherungsordnung.

Vom Wirklichen Geheimen Oberregierungsrat **Dr. Hoffmann** in Berlin.

Nach dem Krankenversicherungsgesetze war es ein feststehender Grundsatz, daß die Mitgliedschaft bei einer Gemeindekrankenversicherung oder bei einer Krankenkasse und damit zugleich der Anspruch auf die Leistungen der Krankenversicherung durch den Beginn einer versicherungspflichtigen Beschäftigung ohne Rücksicht darauf erworben wurde, ob der Unterstützungsberechtigte bei der Krankenkasse oder bei der Gemeindekrankenversicherung angemeldet war und ob für ihn die vorgeschriebenen Beiträge rechtzeitig entrichtet waren. Die Reichsversicherungsordnung hält zwar im allgemeinen an diesem Grundsatze fest, hat jedoch zunächst für einige Berufszweige Ausnahmen vorgesehen. Sowohl die unständig Beschäftigten als auch die Hausgewerbtreibenden mit ihren hausgewerblich Beschäftigten werden erst Mitglieder mit der Eintragung in das Mitgliederverzeichnis, das die allgemeine Ortskrankenkasse oder die Landkrankenkasse für jede Kategorie dieser Versicherten führen muß. Bis zur Eintragung besteht also ein Unterstützungsanspruch auf Grund der Krankenversicherung nicht. Eine weitere Ausnahme findet sich im Art. 29 Einf.Ges. z. RVO., welcher lautet:

„Sind beim Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung landkassenpflichtige Versicherte Mitglieder einer Orts- oder Betriebs-(Bau-)krankenkasse, so können sie

1. Mitglieder ihrer Kasse bleiben, wenn sie fortbesteht,
2. Mitglieder der Ortskrankenkasse, welche die Mitglieder ihres Berufszweigs aufnimmt, oder mangels solcher Kasse Mitglieder der allgemeinen Ortskrankenkasse werden, wenn ihre frühere Kasse eingeht,
3. der Ortskrankenkasse wieder als Mitglieder beitreten, wenn sie wegen Wechsels der Beschäftigung nicht länger als 26 Wochen einer anderen Ortskrankenkasse, einer Landkrankenkasse, einer Betriebskrankenkasse oder einer Innungskrankenkasse im Bezirke desselben Versicherungsamts angehört haben.

Haben sie von diesem Rechte (Nr. 3) Gebrauch gemacht, so können sie in die Landkrankenkasse mit dem Schlusse eines Geschäftsjahrs übertreten, wenn sie spätestens drei Monate zuvor dem Vorstand ihrer Krankenkasse den Austritt angezeigt haben."

Obwohl der Vorschrift nach dem klaren Wortlaute keine andere Bedeutung zukommt, als daß die betreffenden Personen, die in die Landkrankenkasse gehören, in der Orts- oder Betriebskrankenkasse, der sie auf Grund ortsstatutarischer Bestimmung (KVG. § 2) oder freiwillig angehören, verbleiben können, so ist ihr doch sowohl in der Begründung als auch bei der Beratung der Reichsversicherungsordnung in der Kommission ein ganz anderer, weitergehender Sinn beigelegt worden. In der Begründung (S. 29) wird nämlich ausgeführt:

„Die Mitglieder von Landkrankenkassen haben allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen auf andere oder auch auf geringere Leistungen Anspruch als die Mitglieder der Ortskrankenkassen. Mitglieder der Gemeindekrankenversicherung erfahren zwar durch die Aufnahme in Landkrankenkassen regelmäßig eine Erhöhung oder doch keine Verringerung der Leistungen. Da aber in die Landkrankenkassen nicht lediglich diese und die neuversicherten Gruppen gehören, so kann es eintreten, daß Versicherte künftig einer Landkrankenkasse anzugehören haben, die zurzeit Mitglieder einer Orts- oder Betriebskrankenkasse mit höheren Leistungen sind. Um sie

Digitized by Google

vor möglichem Nachteil zu bewahren, ist außer den in der Reichsversicherungsordnung hierfür vorgesehenen Möglichkeiten durch Artikel 26 (Art. 29) solchen Personen nun je nach Lage des Falles freigestellt, entgegen der Regel der Reichsversicherungsordnung bei ihrer Kasse zu bleiben, wenn ihre Kasse bestehen bleibt, oder, wenn ihre Kasse eingeht, entweder zu derjenigen Ortskrankenkasse überzutreten, welche die Mitglieder ihres Berufszweigs aufnimmt, oder wenn solche Ortskrankenkasse nicht vorhanden ist, Mitglieder der allgemeinen Ortskrankenkasse zu werden. „Berufszweig" ist hierbei in weiterem Sinne verstanden. Da solche Personen vielfach ihren Beruf und damit möglicherweise ihre Kasse schnell wechseln oder z. B. zeitweise in der Landwirtschaft tätig sind und dadurch landkassenpflichtig werden, wird noch außerdem zu ihren Gunsten zugelassen, daß sie der Ortskrankenkasse wieder beitreten können, auch wenn sie bis zu 26 Wochen hintereinander einer anderen Krankenkasse angehört haben. Voraussetzung ist der leichteren Kontrolle halber allerdings, daß diese Beschäftigung in dem Bezirke desselben Versicherungsamts stattgefunden hat. Über Personen dieser Art wird die allgemeine Ortskrankenkasse oder auch das Versicherungsamt ein einfaches Verzeichnis führen müssen, um einen Mißbrauch zu verhüten und bei Streit die Möglichkeit leichter Entscheidung zu haben. Endlich ist vorgesehen, daß sie nicht plötzlich ausscheiden können, sondern ihren Übertritt zur Landkrankenkasse rechtzeitig vorher anzeigen müssen."

Auch in dem allgemeinen Teile der Begründung zur Reichsversicherungsordnung (S. 103) ist hervorgehoben, daß für diejenigen hausgewerblich tätigen Personen, die schon unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetz in die Krankenversicherung einbezogen gewesen seien, bei der neuen Regelung Härten und Unzuträglichkeiten vermieden werden müßten. Es sollten deshalb Übergangsbestimmungen getroffen werden, die ihnen sowohl den Verbleib in der alten Kassenzugehörigkeit ermöglichen als auch auf den jetzigen Umfang ihrer Ansprüche Rücksicht nehmen würden. Die gleichen Erwägungen sind dann auch bei der Beratung in der Kommission (s. Kommissionsbericht 2. Teil S. 141, 435) immer wieder gegenüber den Anträgen geltend gemacht worden, die den Verbleib der Hausgewerbtreibenden in den Ortskrankenkassen und die Beibehaltung der bisherigen Leistungen sicherstellen sollten.

Wenn aber den landkassenpflichtigen Personen durch das Verbleiben in den Orts- oder Betriebskrankenkassen ihre bisherigen Unterstützungsansprüche gewährleistet werden sollten, so hätte das im Gesetz zum Ausdrucke gebracht werden müssen. Insbesondere hätten die Verpflichtungen der Kassen gegenüber diesen Personen gesetzlich festgelegt werden müssen. So wie die gesetzliche Vorschrift jetzt lautet, enthält sie nichts mehr und nichts weniger als das Recht der landkassenpflichtigen Personen, in den Orts- oder Betriebskrankenkassen zu verbleiben und daran wird weder durch die Ausführungen in der Begründung noch durch die Erklärungen der Regierungsvertreter etwas geändert. Nach Lage der Gesetzgebung sind also die Orts- oder Betriebskrankenkassen nicht gehindert, die landkassenpflichtigen Personen in eine Lohnklasse einzuweisen, deren Leistungen als eine Verschlechterung der Ansprüche der früher versicherten Personen angesprochen werden müssen. Immerhin wird durch das Recht der landkassenpflichtigen Personen, eine andere als die gesetzlich zuständige Kasse zu wählen, in gewissem Umfange eine abweichende Behandlung gegenüber den in der Landkrankenkasse verbleibenden Personen gewährleistet sein. Hierbei muß zwischen landwirtschaftlichen Arbeitern und im Hausgewerbe tätigen Personen unterschieden werden. Andere Versicherte kommen, wenigstens in Preußen, kaum in Frage, da Dienstboten nur in vereinzelten Fällen den Ortskrankenkassen freiwillig beigetreten sind. Ein solches Beitrittsrecht mußte ihnen überall da eingeräumt werden, wo eine Gemeindekrankenversicherung nicht eingerichtet war.

Hinsichtlich der landwirtschaftlichen Arbeiter handelt es sich bei dem Verbleib in der bisherigen Kasse zunächst darum, daß ihre Beiträge und Leistungen nicht nach dem Ortslohn bemessen werden können, denn die allgemeinen Ortskrankenkassen können nach § 181 Abs. 2 RVO. den Ortslohn als Grundlohn nur dann bestimmen, wenn in ihrem Bezirk eine Landkrankenkasse nicht besteht. Da, wo der Art. 29 Einf.Ges. z. RVO. zur Anwendung kommen soll, besteht aber immer eine Land-

Digitized by Google

krankenkasse. Weiterhin schützen sich die landwirtschaftlichen Arbeiter durch den Beitritt zur Ortskrankenkasse vor den Beschränkungen, die nur die Landkrankenkassen für diese Personen durch die Satzung einführen können. Dahin gehört zunächst die Befugnis, die Dauer des Wochengeldbezugs auf mindestens vier und höchstens sechs Wochen festzusetzen (§ 195 Abs. 2 RVO.). Ferner sind dahin zu rechnen die Vorschriften der §§ 423—425 RVO., wonach durch die Satzung der Fortfall der Barleistungen für Rentenempfänger und die Kürzung der Barleistungen im Winterhalbjahr unter entsprechender Kürzung der Beiträge bestimmt und der Grundlohn für Beschäftigte, die nur zu einem geringen Teile arbeitsfähig sind, niedriger als der Ortslohn festgesetzt werden kann. Nur die Landkrankenkassen endlich können nach §§ 426 ff. RVO. die erweiterte Krankenpflege für landwirtschaftliche Arbeiter einführen, die darin besteht, daß grundsätzlich Kur und Verpflegung in einem Krankenhause oder in einer ähnlichen Heilanstalt gewährt werden kann, ohne daß es dazu der Zustimmung des Erkrankten bedarf. Da nach dem Gesetz betr. die Unfall- und Krankenversicherung der in land- und forstwirtschaftlichen Betrieben beschäftigten Personen vom 5. Mai 1886 (RGBl. S. 132) einige der vorbezeichneten Beschränkungen durch die Satzungen der Krankenkassen eingeführt werden konnten, die Krankenkassen auch durchweg eine entsprechende Regelung vorgenommen haben werden, so ergibt sich, daß die landwirtschaftlichen Arbeiter, wenn sie von der Befugnis des Art. 29 Einf.Ges. z. RVO. Gebrauch machen, bei der Ortskrankenkasse höhere Leistungen bekommen als sie unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes bezogen haben; die bisherigen Satzungen sind mit der bisherigen Gesetzgebung außer Kraft getreten.

Ganz anders ist die Rechtslage bei den hausgewerblich Versicherungspflichtigen, denn das Gesetz regelt die Durchführung der Versicherung ganz gleichmäßig und ohne Rücksicht darauf, ob die hausgewerblich Versicherungspflichtigen einer Landkrankenkasse oder einer allgemeinen Ortskrankenkasse angehören. Nach der Regel des Gesetzes gehören sie zwar in die Landkrankenkasse ihrer Betriebsstätte; wenn aber eine solche Krankenkasse nicht errichtet ist, so sind sie Mitglieder der allgemeinen Ortskrankenkasse. Das gleiche gilt, wenn sie von der obersten Verwaltungsbehörde der allgemeinen Ortskrankenkasse auf Grund des § 236 Abs. 2 RVO. überwiesen sind. An sich würde also den hausgewerblich Versicherungspflichtigen der Beitritt zur Ortskrankenkasse nichts nützen, da auch diese sie nach der Regel des Gesetzes versichern müßte. Aus diesen Erwägungen heraus hat der Bundesrat nach der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 20. Dezember 1913 (RGBl. S. 789)[1]) beschlossen, für den Fall, daß diese Personen eine andere als die gesetzlich zuständige Krankenkasse auf Grund des Art. 29 Einf.Ges. z. RVO. wählen, die §§ 466—493 nicht Anwendung finden zu lassen. Die hausgewerblich Versicherungspflichtigen erhalten die gleichen Leistungen wie die übrigen Mitglieder der Kasse, doch müssen sie auch die gleichen Beiträge, und zwar der Hausgewerbtreibende selbst die ganzen Beiträge für seine Person zahlen. Die Auftraggeber werden durch die Wahl der Kasse nicht berührt. Sie haben nach wie vor die Zuschüsse an die Landkrankenkasse ihres Betriebssitzes, und wenn eine solche Kasse nicht besteht, an die allgemeine Ortskrankenkasse ihres Betriebssitzes einzuzahlen. Diese Kasse hat die Zuschüsse an die für den Betriebssitz der Hausgewerbetreibenden gesetzlich zuständigen Landkrankenkasse oder allgemeinen Ortskrankenkasse abzuführen, die die Zuschüsse unverzüglich an den Hausgewerbtreibenden auszahlt, sofern weder dieser noch einer seiner hausgewerblich Beschäftigten ihr angehört. Ist aber der Hausgewerbtreibende oder einer seiner hausgewerblich Beschäftigten ihr Mitglied, so behält sie die Zuschüsse, soweit diese nicht am Schlusse des Kalendervierteljahrs die Höhe der Beiträge übersteigen, die der Hausgewerbetreibende an sie in dem verflossenen Kalenderjahre zu zahlen hatte. Einen Ueberschuß hat sie dem Hausgewerbtreibenden auf dessen Kosten auszuzahlen oder auf rückständige Beiträge zu verrechnen. Ist der Hausgewerbtreibende gegenüber der von ihm oder einem seiner hausgewerblich Beschäftigten gewählten Kasse mit Beiträgen im Rückstand, so kann diese insoweit von der gesetzlich zuständigen Kasse Befriedigung aus den Zuschüssen ver-

[1]) Wir bringen die Bekanntmachung in Nr. 2 unserer Zeitschrift. (Schriftleitung.)

Digitized by Google

langen, die dem Hausgewerbtreibenden selbst zustehen.

Wenn hiernach auch die Beiträge und Leistungen der in der gewählten Krankenkasse versicherten Landkassenpflichtigen feststehen, so ergeben sich doch aus der Regelung des Art. 29 Einf.Ges. z. RVO. zahlreiche Zweifelsfragen, deren Lösung großen Schwierigkeiten begegnet. Denn während das Krankenversicherungsgesetz und auch die Reichsversicherungsordnung nur eine Zwangsmitgliedschaft kennen, die durch die versicherungspflichtige Beschäftigung von selbst begründet wird, handelt es sich beim Art. 29 um eine freiwillige Zwangsmitgliedschaft. Der Versicherte kann seine Zwangsmitgliedschaft bei einer Kasse freiwillig bestimmen mit der Maßgabe, daß auch der Arbeitgeber in gewissem Umfange an diese Entscheidung gebunden ist. Es liegt trotzdem eine echte Zwangsmitgliedschaft vor; die Annahme eines freiwilligen Versicherungsverhältnisses, sei es auf Grund der Weiterversicherung (§ 313 RVO.), sei es auf Grund der Versicherungsberechtigung (§§ 176 ff. RVO.), müßte als durchaus rechtsirrtümlich bezeichnet werden, da eine versicherungspflichtige Person nicht gleichzeitig freiwilliges Mitglied einer Kasse sein kann. Der Arbeitgeber muß den Versicherten bei der gesetzlich zuständigen Krankenkasse und nicht bei der gewählten Kasse ab- und anmelden. Denn die Verpflichtung des Arbeitgebers, jeden zur Mitgliedschaft bei einer Land- oder allgemeinen Ortskrankenkasse Verpflichteten nach Beginn und Ende der Beschäftigung zu melden (§ 317) wird durch den Beitritt des Versicherten zur gewählten Kasse nicht berührt. Nur der Versicherte wird der gesetzlich zuständigen Kasse die Wahl der anderen Kasse mitteilen müssen, wenngleich er weder hierzu gezwungen werden kann, noch bei Unterlassung der Mitteilung sich strafbar macht. Ebenso hat lediglich er dem Vorstand der gewählten Kasse seinen Entschluß, in der Kasse als Zwangsmitglied bleiben zu wollen, mitzuteilen. Die Beiträge hat allerdings der Arbeitgeber in der Höhe und in der Form, die die Satzung der gewählten Kasse vorschreibt, zu entrichten, gegenüber der gesetzlich zuständigen Kasse ruht die Beitragspflicht.

Daß sich diese Folge ergibt, geht auch aus der Bestimmung der erwähnten Bekanntmachung des Reichskanzlers hervor, wonach sich die gewählte Kasse aus den Auftraggeberzuschüssen bei der gesetzlich zuständigen Krankenkasse befriedigen kann. Sache der gewählten Kasse wird es sein, den Arbeitgeber von der Erklärung des Versicherten zu verständigen. Beiträge, die der Arbeitgeber, nachdem er den Entschluß des Versicherten erfahren hat, an die gesetzlich zuständige Krankenkasse zahlt, kann er zurückfordern. Das gleiche Recht hat er gegenüber der gewählten Kasse, soweit es sich um die Zeit handelt, die nach der Austrittserklärung des Versicherten aus der gewählten Kasse liegt. Der Arbeitgeber hat, wenn nur ein Teil der von ihm Beschäftigten von der Befugnis Gebrauch macht oder wenn er nach dem 1. Januar 1914 Personen beschäftigt, die noch nicht einer bestehenden Ortskrankenkasse unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes angehört haben, mit zwei Kassen in Verbindung zu treten. Durch diese Erschwerung werden voraussichtlich die Arbeitgeber veranlaßt werden, auf den Verbleib der von ihnen beschäftigten Landkassenpflichtigen bei der Landkrankenkasse hinzuwirken. Durch Androhung der Kündigung wird ihnen das alsbald gelingen.

Für die Anwendung des Art. 29 Einf.Ges. z. RVO. im allgemeinen ist zu beachten, daß das Beitrittsrecht auch von solchen Personen ausgeübt werden kann, die nicht im Bezirk der früheren Kasse beschäftigt sind. In diesen Fällen wird, da in der Regel der Wohnort auch außerhalb des Kassenbezirks gelegen sein wird, der § 219 anzuwenden sein. Landwirtschaftliche Arbeiter haben sowohl gegenüber Betriebskrankenkassen als auch gegenüber Ortskrankenkassen, bei dem sie früher versichert waren, das Beitrittsrecht. Dabei macht es keinen Unterschied, ob die besondere Ortskrankenkasse noch fortbesteht oder in einer allgemeinen Ortskrankenkasse aufgegangen ist. Die Hausgewerbtreibenden und die von ihnen beschäftigten Personen können einer Betriebskrankenkasse gegenüber das Beitrittsrecht nicht ausüben, weil sie nach dem Krankenversicherungsgesetz nicht Mitglieder einer Betriebskrankenkasse sein durften. Da der Auftraggeber des Hausgewerbtreibenden nicht Arbeitgeber des Hausgewerbtreibenden ist und der Hausgewerbtreibende nicht im Betriebe des Auftraggebers sondern im eigenen Betriebe für den Betrieb seines Auftraggebers tätig ist,

Digitized by Google

so konnte seine Mitgliedschaft bei einer Betriebskrankenkasse des Auftraggebers nicht in Frage kommen. Zu beachten ist ferner, daß in den Fällen, wo die bestehende Ortskrankenkasse zur allgemeinen Ortskrankenkasse ausgestaltet wird, für die Versicherung der landkassenpflichtigen Personen nur die Bestimmungen der Satzung der allgemeinen Ortskrankenkasse maßgebend sind. Insbesondere sind die Hausgewerbtreibenden nach den Vorschriften der §§ 466—493 RVO. zu versichern. Soweit § 488 RVO. Anwendung findet, bleiben die bisherigen Ansprüche des hausgewerblich Versicherungspflichtigen unberührt. Von der Anwendung des Art. 29 Einf.Ges. z. RVO. kann selbst dann keine Rede sein, wenn die bestehende Ortskrankenkasse nicht erhalten bleiben sollte.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Bekanntmachung des Reichskanzlers über Durchführung der hausgewerblichen Krankenversicherung.

Vom 5. Dezember 1913 (RGBl. S. 770).

Auf Grund des § 492 RVO. hat der Bundesrat folgendes bestimmt:

I.

1. Landkrankenkassen haben über die bei ihnen versicherten hausgewerblichen Versicherungspflichtigen (Hausgewerbtreibenden und hausgewerblich Beschäftigten) besondere Mitgliederverzeichnisse zu führen und laufend zu halten (§ 468 Abs. 1, § 442 Abs. 2, § 443 RVO.). Der Inhalt dieser Verzeichnisse bestimmt sich nach § 4 der Bekanntmachung über Art und Form der Rechnungsführung der Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen vom 9. Oktober 1913 (Zentralblatt für das Deutsche Reich 1913 S. 1009).

Besteht für die Betriebsstätte der Hausgewerbtreibenden keine Landkrankenkasse, so tritt an deren Stelle die allgemeine Ortskrankenkasse. Das gleiche gilt, wenn die oberste Verwaltungsbehörde für ihre Gebiete oder Teile davon hausgewerbliche Versicherungspflichtige der allgemeinen Ortskrankenkasse zugewiesen hat (§ 236 Abs. 2 RVO.)

2. Die Hausgewerbtreibenden sollen sich und ihre versicherungspflichtig hausgewerblich Beschäftigten zur Eintragung in das Mitgliederverzeichnis der Kasse (Nr. 1) anmelden, in deren Bezirk sie ihre eigene Betriebsstätte haben (§ 466, § 468 Abs. 1, § 444 RVO.).

Beschäftigen sie, abgesehen von den zur Familie gehörigen Hausgenossen, regelmäßig wenigstens zwei hausgewerbliche Versicherungspflichtige, so haben sie sich und alle Beschäftigten zur Eintragung in das Verzeichnis nach den für Arbeitgeber geltenden allgemeinen Vorschriften (§§ 317 bis 319 RVO.) an- und abzumelden (§ 468 Abs. 2 RVO.).

Die Mitgliedschaft der Hausgewerbtreibenden und ihrer hausgewerblich Beschäftigten beginnt mit der Eintragung in das Verzeichnis (§ 468 Abs. 1, § 442 Abs. 3 RVO.).

3. Der Hausgewerbtreibende hat für seine eigene Person die Beiträge allein zu tragen. Für seine hausgewerblich Beschäftigten hat er ein Drittel, die Beschäftigten selbst haben zwei Drittel der Beiträge zu leisten.

Der Hausgewerbtreibende hat die Beiträge für sich und seine hausgewerblich Beschäftigten nach den allgemeinen Vorschriften über die Beiträge auf eigene Kosten einzuzahlen. Er darf seinen Beschäftigten bei der Lohnzahlung ihre Beitragsteile vom Barlohn abziehen (§ 481 Abs. 3 RVO.).

Sind Hausgewerbtreibende dauernd nur für denselben Auftraggeber beschäftigt, so kann er, wenn sie zustimmen, auch ihre Beiträge einzahlen. Er kann dann die Beiträge vom Hausgewerbtreibenden in der gleichen Weise einziehen wie ein Arbeitgeber den Beitragsteil von Versicherten. Die Zahlung des Entgelts steht dabei der Lohnzahlung gleich (§ 486 RVO.).

4. Der Auftraggeber hat in der ersten Woche jedes Monats der Landkrankenkasse oder, wenn eine solche für den Betriebsitz des Auftraggebers nicht besteht, der allgemeinen Ortskrankenkasse seines Betriebsitzes auf seine Kosten eine Liste aller von ihm im abgelaufenen Monat beschäftigten Hausgewerbtreibenden einzureichen (§ 473 RVO.).

5. Die Liste (Nr. 4) ist nach dem beigefügten Muster zu führen. Die wagerechten Spalten sind für jeden einzelnen Hausgewerbtreibenden bestimmt und werden so eingerichtet, daß sie voneinander leicht abgetrennt werden können.

In die senkrechten Spalten sind neben dem Monat, für den die Nachweisung gilt (Spalte 1), einzutragen:

Digitized by Google

a) Vor- und Zunamen der von dem Auftraggeber beschäftigten Hausgewerbtreibenden, sowie Ort, Straße und Hausnummer ihrer Betriebstätte, im Zweifel, z. B. zum Unterschiede von anderen Hausgewerbtreibenden gleichen Vor- und Zunamens, auch die Nummern, unter denen die Hausgewerbtreibenden in dem Mitgliederverzeichnis ihrer Kasse geführt werden, oder, falls der Auftraggeber diese Nummern nicht feststellen kann, Geburtsjahr und Geburtstag der Hausgewerbtreibenden. Die für den Betriebsitz des Auftraggebers zuständige oberste Verwaltungsbehörde kann die nähere Bezeichnung anders regeln.

b) Name (Firma) sowie Wohnort des Auftraggebers und, falls die Pflichten des Auftraggebers einer Zwischenperson übertragen sind (Nr. 10), auch der Zwischenperson,

c) der Entgelt, der im vorhergehenden Monat fällig geworden ist,

d) Menge und Wert der von dem Hausgewerbtreibenden selbst beschafften Roh- und Hilfstoffe sowie der nach Abzug dieses Wertes tatsächlich zu zahlende Betrag des Entgelts und die Höhe des von dem Auftraggeber zu zahlenden Zuschusses (Nr. 9).

Soll der Wert von Roh- und Hilfstoffen bei der Berechnung des Entgelts außer Ansatz bleiben (§ 470 Abs. 2 RVO.), so brauchen die Spalten 8, 9 nicht ausgefüllt zu werden,

e) die für die Versicherung der Hausgewerbtreibenden zuständige Kasse (Nr. 2).

6. Die Liste ist in zwei Stücken einzureichen. Von dem einen Stücke gibt die Kasse die abgetrennten wagerechten Spalten, auf denen die bei ihr nicht versicherten Hausgewerbtreibenden angegeben sind, unverzüglich an die für die Versicherung der einzelnen Hausgewerbtreibenden zuständigen Kassen (Nr. 2) weiter.

7. Wird für jede beteiligte Kasse eine besondere Liste eingereicht, so kann an Stelle des Musters nach Nr. 5 ein anderes treten, in welchem die in den Spalten 1, 3 bis 6 geforderten Angaben als einheitliche Ueberschrift erscheinen.

8. Die Kasse (Nr. 4) hat die Vollständigkeit der Listen zu prüfen.

9. Der Auftraggeber hat die fälligen Zuschüsse für alle von ihm beschäftigten Hausgewerbtreibenden beim Einreichen der Liste auf seine Kosten an die Kasse seines Betriebssitzes (Nr. 4) einzuzahlen (§ 477 Abs. 1 RVO.). Es kommt nicht darauf an, ob der einzelne Hausgewerbtreibende einer Kasse angehört, insbesondere ob er seiner Meldepflicht genügt hat, welcher Kasse er angehört, ob und welche Beiträge er dort für sich und seine Beschäftigten zahlt, und ob noch von anderen Auftraggebern Zuschüsse für denselben Hausgewerbtreibenden gezahlt werden.

Es steht dem Auftraggeber frei, ein drittes Stück der Liste vorzulegen und sich auf diesem die Zahlung der Zuschüsse bescheinigen zu lassen.

10. Werden Hausgewerbtreibende durch eine Zwischenperson, wie Ausgeber, Faktor, Zwischenmeister, im Auftrag eines Gewerbtreibenden (Auftraggebers) beschäftigt, so tritt die Zwischenperson an die Stelle des Auftraggebers. Insbesondere liegt ihr die Pflicht zur Einreichung der Liste (Nr. 4) und zur Einzahlung der Zuschüsse (Nr. 9) ob. Beteiligt sich die Zwischenperson selbst an der hausgewerblichen Arbeit, so hat sie sich auch selbst in die Liste als Hausgewerbtreibender aufzunehmen, auch hat sie den Zuschuß einzuzahlen, soweit er sich nach dem Entgelt bemißt, der auf die von ihr selbst geleistete Arbeit entfällt. Der Auftraggeber hat ihr die ausgelegten Zuschüsse zu erstatten (§ 491 RVO.). Neben der Zwischenperson bleibt der Auftraggeber gegenüber der Kasse für die Zuschüsse haftbar. Der Auftraggeber hat unverzüglich seiner Kasse (Nr. 4) mitzuteilen, daß die Pflichten des Auftraggebers durch eine Zwischenperson erfüllt werden und hierbei deren Namen, Stand und Wohnort anzugeben.

Auch in anderen Fällen kann das Versicherungsamt, in dessen Bezirk der Gewerbtreibende (Auftraggeber) seinen Betriebssitz hat, auf Antrag des Gewerbtreibenden dessen Pflichten ganz oder zum Teil einer Zwischenperson mit deren Zustimmung widerruflich übertragen.

Bei Streit zwischen Auftraggeber und Zwischenperson entscheidet das Versicherungsamt, in dessen Bezirk der Auftraggeber seinen Betriebssitz hat, endgültig.

11. Zuschüsse, die der Auftraggeber bei der zuständigen Kasse seines Betriebssitzes (Nr. 4) eingezahlt hat, sind von dieser an die Kasse, für die sie eingezahlt sind, am Schlusse jedes Kalendervierteljahres abzuführen oder zwischen den Kassen zu verrechnen.

Die Kassen können andere Zeiträume vereinbaren.

12. Die Kasse des Hausgewerbtreibenden ist verpflichtet, diesem auf Verlangen die Höhe der ihm gutgeschriebenen Zuschüsse mitzuteilen.

II.

13. Soweit für die Versicherung von Hausgewerbtreibenden nach § 488 RVO. eine statutarische Bestimmung maßgebend bleibt, gelten die übrigen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über Hausgewerbe und Art. 29 Einf.Ges. sowie die vorstehenden Bestimmungen nicht.

Zuschüsse, die für einen solchen Hausgewerbtreibenden von anderen als den im § 488

Digitized by Google

Abs. 2 RVO. bezeichneten Auftraggebern bei den für diese Auftraggeber zuständigen Kassen (Nr. 4) eingezahlt werden, sind am Schlusse jedes Kalendervierteljahres an die für die Versicherung der Hausgewerbetreibenden gesetzlich zuständige Kasse (Nr. 2) und von dieser an die nach der statutarischen Bestimmung zuständige Kasse abzuführen, die nach der statutarischen Bestimmung zuständige Kasse hat die Zuschüsse unverzüglich dem Hausgewerbtreibenden auszuzahlen oder auf rückständige Beitragszahlungen zu verrechnen. Die für den Auftraggeber zuständige Kasse (Nr. 4) kann die Zuschüsse auch unmittelbar an die nach der statutarischen Bestimmung zuständige Kasse abführen, wenn ihr diese bekannt ist.

III.

14. In welche Kasse hausgewerbliche Versicherungspflichtige gehören, die gleichzeitig in verschiedenen versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen stehen, richtet sich nach ihrer überwiegenden Beschäftigung. Im Zweifel entscheidet das Arbeitsverhältnis, in das sie zuerst eingetreten sind (§ 309 Abs, 1, 2 RVO.).

Monat, für den die Nachweisung gilt	Des Hausgewerbtreibenden: Vor- und Zuname	Des Hausgewerbtreibenden: Betriebstätte (Ort, Straße, und Hausnummer), im Zweifel auch Kassennummer oder Geburtsjahr und Geburtstag	Des Hausgewerbtreibenden: zuständige Krankenkasse	Des Auftraggebers (a) [gegebenenfalls auch der Zwischenperson (b)]: Vor- und Zuname	Des Auftraggebers (a) [gegebenenfalls auch der Zwischenperson (b)]: Betriebsitz	Höhe des für den Hausgewerbtreibenden fällig gewordenen Entgelts ℳ	Menge und Wert der von dem Hausgewerbtreibenden selbst beschafften Roh- und Hilfsstoffe	Höhe des zuschußpflichtigen Entgelts (Spalte 7 abzüglich Spalte 8) ℳ	Höhe des Zuschusses (auf volle Pfennig aufgerundet) ℳ	Besondere Bemerkungen
							Spalte 8 und 9 fallen weg, wenn der Auftraggeber bei Berechnung des Entgelts auf den Abzug des Wertes (Spalte 8) verzichtet			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
				a)	a)					
				b)	b)					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
				a)	a)					
				b)	b)					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
				a)	a)					
				b)	b)					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
				a)	a)					
				b)	b)					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Zu Spalte 7. Wird der Entgelt in kürzeren Zwischenräumen als für einen Monat gezahlt, so ist es zulässig, die Beträge in Unterabteilungen der Spalte 7 nachzuweisen; die Schlußsumme ist anzugeben.

Digitized by Google

Musterdienstordnungen.

Erlaß des **Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe** vom 1. Dezember 1913.

In der Anlage übersende ich dem Königlichen Oberversicherungsamt einen Entwurf zu der von den Krankenkassen nach § 351 der RVO. zu erlassenden Dienstordnung. Der Entwurf soll eine Anleitung für die Aufstellung der Dienstordnung geben; sein Inhalt ist daher weder für die Kassenorgane, denen die Aufstellung obliegt, noch für die Oberversicherungsämter bei der Prüfung im Genehmigungsverfahren bindend.

Ich bemerke folgendes:

1. Kassenangestellte, welche die Rechte und Pflichten gemeindlicher Beamten erhalten (§ 359 Abs. 1 und 4 RVO.), fallen nicht unter die Dienstordnung. Da beabsichtigt ist, in Preußen allen gemäß § 359 Abs. 1 angestellten Personen die Rechte und Pflichten gemeindlicher Beamten zu übertragen (vgl. Abs. 2 des Erlasses vom 8. März 1913, HMBl. S. 124), so sind Bestimmungen für die Kassenbeamten in die Dienstordnung nicht aufzunehmen. Auch auf die von den Krankenkassen angestellten Aerzte findet die Dienstordnung keine Anwendung (Erlaß vom 25. Oktober 1913, HMBl. S. 590).

Für Angestellte, die nur auf Probe, zu vorübergehender Dienstleistung oder zur Vorbereitung beschäftigt werden, oder die das Amt ohne Entgelt nebenher ausüben, gilt die Dienstordnung nur, soweit sie es ausdrücklich vorsieht (§ 351 Abs. 2 RVO.; vgl. § 1 Abs. 3 des Entwurfs). Im übrigen ist — vorbehaltlich der unten bei Nr. 4 im letzten Satz getroffenen Bestimmung — eine Dienstordnung für alle Orts-, Land- und Innungskrankenkassen zu erlassen, welche besoldete Angestellte der im § 351 bezeichneten Art beschäftigen. Der Dienstordnung unterstehen auch die bei ihrem Erlasse schon vorhandenen Kassenangestellten, mit Ausnahme derjenigen, welche die Rechte und Pflichten der Gemeindebeamten erhalten oder den Dienstvertrag bis zum Inkrafttreten der Dienstordnung kündigen (Art. 34 Einf.Ges. zur RVO.).

2. Die Dienstordnung hat der Kassenvorstand aufzustellen; er hat vorher alle volljährigen Angestellten, für welche sie gelten soll — also gegebenenfalls auch die in § 351 Abs. 2 RVO. genannten Personen —, zu hören (§ 355 Abs. 1). Die Anhörung eines zur Wahrnehmung gemeinsamer Interessen etwa gebildeten Ausschusses der Angestellten würde nicht genügen. Die Dienstordnung bedarf der Zustimmung des Ausschusses (§ 346 Abs. 2 Ziff. 1) und der Genehmigung des Oberversicherungsamts (§ 355 Abs. 3). Sowohl im Vorstand als auch im Ausschuß beschließen die Arbeitgeber und die Versicherten getrennt (§ 355 Abs. 2). Einigen sich die Gruppen nicht, so findet eine nochmalige Beschlußfassung nicht statt. Der Vorstand hat vielmehr in diesem Falle, ebenso wie im Falle übereinstimmender Beschlußfassung der Gruppen, den Entwurf der Dienstordnung dem Oberversicherungsamte durch Vermittlung des zuständigen Versicherungsamts vorzulegen und dabei diejenigen Bestimmungen, über welche sich die beiden Gruppen im Vorstand oder im Ausschuß nicht geeinigt haben, unter Angabe des Stimmverhältnisses zu bezeichnen. Ueber diese Bestimmung entscheidet das Oberversicherungsamt ohne Zuziehung von Beisitzern (vgl. § 1781) nach freiem Ermessen.

3. Im übrigen darf das Oberversicherungsamt der Dienstordnung die Genehmigung nur versagen, wenn ein wichtiger Grund vorliegt, insbesondere, wenn Zahl oder Besoldung der Angestellten in auffälligem Mißverhältnis zu ihren Aufgaben steht (§ 355 Abs. 3). Die Frage, ob ein solcher Grund vorliegt, bedarf in jedem Einzelfalle besonders sorgfältiger Prüfung, die sich namentlich auch auf die Einhaltung der in §§ 352, 353 RVO. über den notwendigen Inhalt der Dienstordnung gegebenen Vorschriften zu erstrecken hat. Dabei ist zu beachten, daß die Dienstordnung ausreichende Bestimmungen über den Nachweis der fachlichen Befähigung der Angestellten enthalten muß. Sie muß hiernach die fachlichen Anforderungen für die einzelnen Stellen oder bestimmte Gruppen von Angestellten festsetzen und Bestimmungen darüber treffen, wie der Nachweis über das Vorliegen dieser Voraussetzungen zu erbringen ist. Soweit der Nachweis durch Ablegen einer Prüfung zu führen ist, muß die Zusammensetzung der Prüfungsstelle und die sonstige Ordnung des Prüfungswesens für eine den Zwecken der Prüfung entsprechende, unparteiische Abnahme der Prüfungen Gewähr bieten. Die Zahl der Angestellten ist nach § 352 RVO. in der Dienstordnung selbst zu regeln; es würde also nicht genügen, wenn die Dienstordnung z. B. auf die durch den Voranschlag in Aussicht genommene Zahl der Angestellten verweisen würde.

Der Bescheid des Oberversicherungsamts, durch welchen die Genehmigung zu der Dienstordnung erteilt wird, ist endgültig. Ein die Versagung der Genehmigung aussprechender Bescheid, gegen den bei mir binnen einem Monat die Beschwerde erhoben werden kann (§§ 128, 129, 355 Abs. 4), ist mit Gründen zu versehen und dem Kassenvorstand oder dem zur Vertretung der Kasse satzungsgemäß berufenen Vorstandsmitgliede (§ 5 Abs. 3) zuzustellen oder gegen schriftlichen Empfangsschein zu behändigen.

4. Sobald der Vorstand und sein Vorsitzender gewählt sind, sind die Kassenvorstände derjenigen Orts-, Land- und Innungskrankenkassen, welche Angestellte der in § 351 Abs. 1 bezeichneten Art

Digitized by Google

beschäftigen, aufzufordern, die Dienstordnung innerhalb von 6 Wochen durch Vermittlung des zuständigen Versicherungsamts dem Oberversicherungsamt einzureichen. Die Aufforderung ist dem Kassenvorstand oder dem zur Vertretung der Kasse satzungsgemäß berufenen Vorstandsmitgliede zuzustellen oder gegen schriftlichen Empfangsschein zu behändigen.

Reicht eine Kasse trotz der Aufforderung in der gesetzten Frist keine Dienstordnung ein, so stellt das Oberversicherungsamt die Dienstordnung rechtsverbindlich fest (§ 356). Das gleiche gilt für angeordnete Aenderungen und Ergänzungen (vgl. auch Ziff. 2 letzter Satz oben).

Gegenüber solchen Kassen, bei welchen die Kassengeschäfte ausschließlich von staatlichen oder gemeindlichen Beamten nebenher wahrgenommen werden, ist bis auf weiteres von einer Aufforderung zur Einreichung der Dienstordnung Abstand zu nehmen.

5. Bei Genehmigung oder Feststellung der Dienstordnung bestimmt das Oberversicherungsamt, wie und bis wann die Dienstordnung allen Angestellten bekannt gemacht werden muß. Es wird sich empfehlen, dabei die Kassen darauf aufmerksam zu machen, daß die Angestellten bei der Bekanntmachung auf die Vorschriften der Art. 34 bis 37, 39 Einf.Ges. z. RVO. hingewiesen werden müssen. Mit Ablauf eines Monats seit dem vom Oberversicherungsamte bestimmten Tage der Bekanntmachung tritt die Dienstordnung in Kraft (Art. 33 Einf.Ges. z. RVO.).

Dienstordnung für die ... Krankenkasse in ....

Geltungsbereich der Dienstordnung.

§ 1. Die Dienstordnung gilt für alle besoldeten Angestellten, soweit ihnen nicht nach § 359 Abs. 4 RVO. die Rechte und Pflichten gemeindlicher Beamten übertragen worden sind.

Die beim Erlasse der Dienstordnung schon vorhandenen Angestellten unterstehen der Dienstordnung nicht, wenn sie bis zu deren Inkrafttreten den Dienstvertrag kündigen.

Für Angestellte, die nur auf Probe, zu vorübergehender Dienstleistung (Hilfsarbeiter) oder zur Vorbereitung beschäftigt werden, oder die das Amt nebenher ohne Entgeld ausüben, gilt die Dienstordnung vorbehaltlich der Bestimmungen der §§ 3, 4 Abs. 3, §§ 6, 10 Unterabschnitt b Abs. 1, § 12 Abs. 2, §§ 13, 22 nicht.

Einteilung der Angestellten.

§ 2. Die dauernd (etatmäßig) Angestellten werden in folgende Klassen eingeteilt:

Klasse I . . . . . .
„ II . . . . . .
„ III . . . . . .

usw.

Es werden angestellt:

in Klasse I
„ „ II
„ „ III

} (Hier ist die Zahl der Angestellten in den einzelnen Klassen anzugeben.)

usw.

Jeder Angestellte wird einer bestimmten Klasse zugeteilt. Bei Errichtung neuer Stellen wird zugleich die Klasse bestimmt, welcher die Stelle angehören soll.

Bewerbungen.

§ 3. Gesuche um Aufnahme in den Kassendienst sind schriftlich an den Vorstand [Vorsitzenden des Vorstands] zu richten. Beizufügen sind ein selbstgeschriebener und selbstverfaßter Lebenslauf, das Schulabgangszeugnis, Zeugnisse und Bescheinigungen über etwa erworbene Berechtigungen, über Leistung und Führung in früheren Dienststellungen, ein ärztliches Gutachten über den Gesundheitszustand, die Militärpapiere und gegebenenfalls die Versicherung, daß der Bewerber sich in geordneten Verhältnissen befindet.

Mitglieder des Vorstandes dürfen im Kassendienste nicht angestellt werden.

Befähigungsnachweis.

§ 4. Die Bewerber um dauernde (etatmäßige) Stellen haben den Nachweis zu führen, daß sie ihrer aktiven Militärdienstpflicht genügt haben, oder daß sie von dieser Pflicht befreit sind. Perunter [21] Jahren dürfen in solchen Stellen nicht angestellt werden.

Personen, welche sich um die Anstellung im Kassendienst bewerben, haben den Nachweis der fachlichen Befähigung zu erbringen. Dazu wird erfordert:

In Klasse I . . . . . .
„ „ II . . . . . .
„ „ III . . . . . .

usw.

Hilfsarbeiter müssen mindestens . . . Jahre alt sein, orthographisch richtig schreiben können und die vier Grundrechenarten beherrschen.

§ 5. Zum Nachweis ihrer fachlichen Befähigung haben sich die in den Klassen . . . anzustellenden Personen einer Prüfung durch den Prüfungsausschuß zu unterwerfen.

Der Prüfungsausschuß kann die Prüfung ganz oder zum Teil erlassen, wenn und soweit der Bewerber seine fachliche Befähigung bereits anderweit zweifelsfrei nachgewiesen hat.

Der Prüfungsausschuß besteht aus drei Mitgliedern

(Die eckigen Klammern im Text bedeuten, daß die eingeklammerten Worte beibehalten oder gestrichen werden können oder daß zwischen verschiedenen Fassungen zu wählen ist.)

Digitized by Google

einschließlich des Vorsitzenden. Den Vorsitzenden bestellt der Vorsitzende des Versicherungsamts nach Anhörung des Kassenvorstandes. Die beiden anderen Mitglieder, von denen das eine Kassenangestellter sein muß, bestimmt der Kassenvorstand. Für jedes Mitglied werden ein oder mehrere Stellvertreter in der gleichen Weise wie die Mitglieder bestimmt.

Die Amtsdauer der Mitglieder beträgt sechs Jahre. Alle zwei Jahre scheidet ein Mitglied und dessen Stellvertreter aus. Die das erste- und zweitemal Ausscheidenden bestimmt das Los. Die Ausscheidenden können von neuem bestellt werden.

Der Prüfungsausschuß entscheidet nach Stimmenmehrheit. Der Vorsitzende ist berechtigt, Beschlüsse des Prüfungsausschusses mit aufschiebender Wirkung zu beanstanden. Ueber die Beanstandung entscheidet der Vorsitzende des Versicherungsamts endgültig.

Im übrigen bestimmt die Prüfungsordnung das Verfahren des Prüfungsausschusses und den Gang der Prüfung. Sie bedarf der Genehmigung des Oberversicherungsamts.

Anstellung.

§ 6. Die Anstellung in den Klassen . . . soll in der Regel eine probeweise Beschäftigung in der betreffenden Stelle vorangehen; sie soll höchstens sechs Monate betragen.

§ 7. Die dauernde (etatmäßige) Anstellung erfolgt unter Beachtung der Vorschriften in §§ 349, 350 RVO. durch schriftlichen Vertrag. Darin sind anzugeben:

a) die Kündigungsfrist,
b) die Klasse, zu welcher der Angestellte gehört,
c) das Dienstalter im Kassendienst und die im Falle der Erwerbung des Ruhegehaltsanspruchs etwa anzurechnende frühere Dienstzeit (§ 17 Abs. 2),
d) das Grundgehalt, der für den Eintritt der Dienstalterszulagen maßgebende Tag (Besoldungsdienstalter), der Betrag der Dienstalterszulagen, der Zeitpunkt ihrer Fälligkeit und das Endgehalt.

Eine Ausfertigung des Dienstvertrags nebst der Dienst- und Besoldungsordnung sind dem Angestellten bei der Anstellung gegen Empfangsschein auszuhändigen. Die Stempelkosten für den Dienstvertrag trägt die Kasse. Die Bestimmungen des vorstehenden Absatzes finden auf Aenderungen des Dienstvertrags und der Dienstordnung entsprechende Anwendung.

Läuft eine Bestimmung des Anstellungsvertrags der Dienstordnung zuwider, so ist sie nichtig.

Die Anstellung auf Lebenszeit oder mit Anrecht auf Ruhegehalt bedarf der Genehmigung des Oberversicherungsamts.

Kündigung.

§ 8. Das Dienstverhältnis kann in den Klassen . . . mit [3] monatiger, in den Klassen . . . mit [6] wöchiger Frist von jedem Teile gekündigt werden. In den Klassen . . . darf nur für den Schluß eines Kalendervierteljahrs, in den Klassen . . . nur für den Monatsschluß gekündigt werden.

Das Dienstverhältnis kann ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden, wenn ein wichtiger Grund vorliegt.

Als wichtiger Grund gilt auch die dauernde Dienstunfähigkeit. Sie liegt vor, wenn der Angestellte durch körperlichr Gebrechen oder wegen Schwäche seiner körperlichen und geistigen Kräfte zur Erfüllung seiner Dienstpflichten dauernd unfähig ist.

Nach 10 [5] jähriger Beschäftigung im Kassendienste darf die Kündigung der Angestellten nur noch aus einem wichtigen Grunde erfolgen. [Auf die [[5]] jährige Beschäftigungsdauer wird die Beschäftigung vor Vollendung des [[21.]] Lebensjahrs nicht angerechnet.]

§ 9. Wenn sich die Kassengeschäfte durch das Sinken der Mitgliederzahl, Aenderungen in der Geschäftsverwaltung oder andere Umstände so verringern, daß im Kassendienste Beschäftigte nicht nur vorübergehend entbehrlich werden, so soll in erster Linie, soweit angängig, den Hilfsarbeitern, nächst ihnen den in der betroffenen Klasse ihrem Dienstalter nach jüngeren Angestellten gekündigt werden. Maßgebend ist das Dienstalter im Kassendienste, dem die gemäß § 10 Unterabschnitt b Abs. 1 Satz 3, § 16 Abs. 2 anzurechnende Dienstzeit zuzurechnen ist.

Bei Vereinigung der Kasse mit einer anderen Krankenkasse und in denjenigen Fällen, in welchen auf Grund einer Auseinandersetzung nach § 298 RVO. der Uebertritt von Angestellten zu einer anderen Krankenkasse erforderlich wird, müssen die Angestellten eine ähnliche und ihren Fähigkeiten entsprechende Stellung bei der aufnehmenden Kasse annehmen. Sie müssen sich auch eine andere Beschäftigung im Kassendienste gefallen lassen, die nicht in auffälligem Mißverhältnis zu ihren Fähigkeiten steht. Sie treten unter die Dienstordnung der aufnehmenden Kasse; ihr Gesamteinkommen darf nicht geschmälert werden.

Bei Auflösung oder Schließung der Kasse endet das Vertragsverhältnis der Angestellten vorbehaltlich der Bestimmung des Art. 32 Einf.Ges. z. RVO. drei Monate nach der gemäß § 302 RVO. ergehenden Mitteilung des Beschlusses des Oberversicherungsamts, jedoch frühestens mit dem Tage der Auflösung oder Schließung. Vertragsmäßige Rechte, zu einem früheren Zeitpunkte zu kündigen, werden hierdurch nicht berührt.

Digitized by Google

Besoldungsplan.

§ 10. Das Gehalt setzt sich aus dem Grundgehalt und Dienstalterszulagen zusammen. Es betragen:

	Das Grundgehalt	Die Dienstalterszulagen	Die Frist für die Dienstalterszulagen	Das Höchstgehalt	Die Zahl der Jahre bis zur Erreichung d. Höchstgeh.
in Kl. I					
in Kl. II					
in Kl. III					
usw.					

In das Gehalt wird gegebenenfalls der Wert der Sachleistungen (Wohnung, Licht, Brand usw.), deren Geldwert im Voranschlage festzusetzen ist, eingerechnet.

Zählgeldentschädigungen (Mankogelder), Kleidergeld, Entschädigung für Fahrradbenutzung, die Entschädigungen an Krankenbesucher und Beitragssammler für bare Auslagen . . . werden in das Gehalt nicht eingerechnet.

a) Grundgehalt.

Die Anstellung erfolgt vorbehaltlich der Bestimmungen im § 12 Abs. 3 in der Regel mit dem Grundgehalte der jeweiligen Klasse. Die Anstellung mit einem höheren Gehalt als dem Grundgehalt ist zulässig, wenn hierdurch eine besonders befähigte Kraft für den Kassendienst gewonnen werden kann. Wird ein Angestellter durch seine Tätigkeit im Kassendienst nicht voll in Anspruch genommen, so ist das Gehalt entsprechend niedriger festzusetzen.

b) Besoldungsdienstalter.

Das Besoldungsdienstalter rechnet vorbehaltlich der Bestimmungen im § 13 Abs. 3 von dem Tage der Anstellung in der jeweiligen Klasse, wenn der Anstellung eine probeweise Beschäftigung in der Stelle vorausging (§ 6) von dem Beginne der Probezeit. Von diesem Zeitpunkt ab laufen die Fristen für die Bewilligung der Dienstalterszulagen.

Außerhalb des Dienstes bei der Kasse zurückgelegte Dienstjahre können auf das Besoldungsdienstalter angerechnet werden.

Das Besoldungsdienstalter kommt nur für die Regelung der Gehaltsbezüge in Betracht, auf die sonstigen Verhältnisse des Angestellten, insbesondere auf die Berechnung der Dienstzeit für Ruhegehalts- und Hinterbliebenenbezüge und auf die Reihenfolge der Beförderung hat es keinen Einfluß.

c) Dienstalterszulagen.

Die Dienstalterszulagen werden vom ersten Tage eines Kalendervierteljahrs ab gewährt. Angestellte, welche am ersten Tage des Kalendervierteljahrs eine Dienstalterssstufe erreichen, erhalten die Dienstalterszulage von diesem Tage an, Angestellte, welche die Stufe innerhalb des Kalendervierteljahres erreichen, vom nächsten Vierteljahrsersten ab.

Eine fällige Dienstalterszulage darf nur versagt werden, wenn der Angestellte seine Dienstpflichten beharrlich und ungeachtet schriftlicher Verwarnung vernachlässigt hat. Die Gründe der Versagung sind ihm schriftlich zu eröffnen. Bei nachhaltiger Besserung kann die Zulage nachträglich ganz oder teilweise vom Zeitpunkte der Fälligkeit oder einem späteren Zeitpunkt ab gewährt werden. Auch wenn die versagte Zulage nicht nachträglich gewährt wird, werden die weiteren Zulagen zu den in § 10 Abs. 1 und dem Dienstvertrage (§ 7 Abs. 1 Buchstabe d) bestimmten Zeitpunkten fällig.

Gehaltszahlung.

§ 11. Das Gehalt wird den Angestellten [in Klasse . . .] vierteljährlich, [den in Klasse . . . monatlich] im voraus bezahlt.

[Sicherheit.

§ 11a. Von den Angestellten in Klasse . . . ist eine Sicherheit (Kaution) zu hinterlegen. Sie beträgt für die Angestellten in Klasse . . .] [[Die Höhe der Kaution des Rendanten wird besonders festgesetzt.]]

Beförderung.

§ 12. Eine Stelle in einer höheren Klasse kann einem Angestellten übertragen werden, wenn er seine Befähigung für diese Stelle nachgewiesen hat (§§ 4, 5).

Während der probeweisen Beschäftigung in der höheren Stelle (§ 6) hat der Angestellte keinen Anspruch auf das Gehalt der höheren Klasse.

Wird der Angestellte in der höheren Klasse endgültig angestellt, und ist das Grundgehalt der Stelle niedriger als sein bisheriges Gehalt, so tritt er in die seinem bisherigen Gehalt entsprechende Gehaltsstufe; fehlt eine solche in der neuen Gehaltsklasse, so tritt er in die nächsthöhere Stufe dieser Klasse ein.

Beschäftigung als Hilfsarbeiter.

§ 13. Verträge über die Einstellung als Hilfsarbeiter dürfen für keinen längeren Zeitraum als sechs Monate geschlossen werden. Innerhalb dieses Zeitraums ist darüber zu befinden, ob der Hilfsarbeiter weiter zu beschäftigen ist. Die Ver-

Digitized by Google

längerung des Dienstverhältnisses kann erstmalig auf weitere sechs Monate, später auf je ein Vierteljahr erfolgen. Die Beschäftigung als Hilfsarbeiter soll insgesamt die Dauer von [2] Jahren nicht übersteigen. Bei Berechnung dieses Zeitraums kommt die Beschäftigungszeit vor Vollendung des [19.] Lebensjahrs nicht in Anrechnung.

Wird innerhalb des in Abs. 1 bestimmten Zeitraums die fachliche Befähigung für die Anstellung nicht nachgewiesen, so wird dem Hilfsarbeiter gekündigt, sofern die Erbringung des Nachweises nicht aus berechtigten Gründen unterblieben ist. Für die Kündigung gelten die Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches.

Die Bestimmungen in Abs. 1 und 2 gelten nicht für die beim Inkrafttreten der Dienstordnung im Kassendienste stehenden, über . . Jahre alten Hilfsarbeiter.

Weiterzahlung der Bezüge bei Dienstbehinderung.

§ 14. Den Angestellten wird bei Erkrankungen, beim Eintritt in den Heeresdienst im Mobilmachungsfall, bei militärischen Dienstleistungen im Frieden [mit Ausnahme der freiwillig übernommenen], und bei sonstigen Behinderungen, die ohne ihr Zutun eintreten, für einen von Beginn der Behinderung ab laufenden Zeitraum von . . Monaten das Gehalt weitergezahlt. In dem Verhältnis, in welchem von der Kasse für den Angestellten zur reichsgesetzlichen Krankenversicherung und Angestelltenversicherung Beiträge geleistet werden, sind an dem Gehalte diejenigen Beträge an Krankengeld, Haushalt und sonstigen Bezügen zu kürzen, welche dem Angestellten oder seinen Angehörigen aus der Versicherung zukommen.

Bei Erkrankungen kann die Weiterzahlung des Gehalts über den in Abs. 1 bestimmten Zeitpunkt hinaus aus Billigkeitsgründen vom Vorstande [Vorsitzenden des Vorstands] bewilligt werden.

[Die Bestimmungen in Abs. 1 finden bei Erkrankungen von Hilfsarbeitern, welche länger als sechs Monate im Kassendienste beschäftigt sind, entsprechende Anwendung; die Besoldung wird jedoch nur für sechs Wochen weitergezahlt.]

Reisevergütungen.

§ 15. [Bei dienstlicher Beschäftigung außerhalb des Wohnorts erhalten die Angestellten, soweit ihnen hierfür nicht feste Vergütungen gewährt werden, Tagegelder und Reisekosten nach folgenden Sätzen:

. . . . . .]

[Ueber die Höhe der den Angestellten bei dienstlicher Beschäftigung außerhalb ihres Wohnorts zustehenden Tagegelder und Reisekosten erläßt der Vorstand allgemeine Bestimmungen.]

Ruhegehalt und Hinterbliebenenfürsorge.

§ 16. Die Anstellung mit Anrecht auf Ruhegehalt setzt außer der Genehmigung des Oberversicherungsamts (§ 359 RVO.) eine mindestens . . . jährige Beschäftigung in einer dauernden (etatsmäßigen) Stelle [in Klasse . . .] bei der Kasse voraus.

Außerhalb des Dienstes bei der Kasse zurückgelegte Dienstjahre können auf das Besoldungsdienstalter angerechnet werden.

Für die Ansprüche auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenfürsorge sind die Bestimmungen maßgebend, welche für die mit den Rechten und Pflichten der gemeindlichen Beamten ausgestatteten Kassenangestellten (§ 359 Abs. 4 RVO.) gelten.

§ 17. Die bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte versicherten Angestellten sind, solange sie sich im Kassendienste befinden, beim Wegfall der Versicherungspflicht gehalten, das Recht der freiwilligen Fortsetzung der Versicherung wahrzunehmen, bis die Wartezeit erfüllt ist. Nach erfüllter Wartezeit haben für sie erlangte Anwartschaft auf die Leistungen der Angestelltenversicherung aufrechtzuerhalten. Die Kosten der freiwilligen Weiterversicherung und die Anerkennungsgebühr trägt die Kasse. [trägt die Kasse zur Hälfte.] Das gleiche gilt hinsichtlich der Invalidenversicherung nach der Reichsversicherungsordnung.

Die einem Angestellten oder seinen Hinterbliebenen aus der reichsgesetzlichen Invaliden- oder Angestelltenversicherung zufallenden Renten werden auf die Leistungen der Krankenkasse an Ruhegehalt und Hinterbliebenenfürsorge in dem Verhältnis angerechnet, in welchem die Kasse Beiträge für die Versicherungen geleistet hat. Wenn bei der Feststellung der ruhegehaltsfähigen Dienstzeit frühere Dienstverhältnisse berücksichtigt sind, werden die von den früheren Dienstherren geleisteten Beiträge ebenso angerechnet, wie wenn sie von der Kasse geleistet worden wären. Sind während der Dienstzeit bei der Kasse aus Anlaß einer Nebenbeschäftigung von dritter Seite Beiträge entrichtet, so findet die Anrechnung der Renten nicht statt, soweit sie auf diese Beiträge entfallen.

Die Minderung erfolgt auch dann, wenn durch Verschulden des Angestellten die Anwartschaft auf solche Leistungen nicht besteht, oder wenn der Angestellte oder seine Hinterbliebenen die zur Erlangung ihnen zustehender Leistungen nötigen Schritte trotz Aufforderung unterlassen. Doch kann in solchen Fällen von einer Minderung ganz oder teilweise abgesehen werden.

§ 18. Hinterläßt ein im Dienste verstorbener Angestellter eine Witwe, eheliche oder diesen rechtlich gleichgestellte Abkömmlinge, so wird den Hinterbliebenen das volle Gehalt des Verstorbenen

Digitized by Google

noch für [den auf den Sterbemonat folgenden Monat (Gnadenmonat)] [das auf den Sterbemonat folgende Vierteljahr (Gnadenvierteljahr)] ausgezahlt.

[Der Gnadenmonat] [Das Gnadenvierteljahr] kann auch gewährt werden, wenn der Verstorbene Eltern, Geschwister, Geschwisterkinder oder Pflegekinder, deren Ernährer er war, in Bedürftigkeit hinterläßt oder wenn der Nachlaß nicht ausreicht, um die Kosten der letzten Krankheit oder der Bestattung zu decken.

Der anschlagsmäßige Wert der Sachleistungen (§ 10 Abs. 2) ist den Hinterbliebenen für [den Gnadenmonat] [das Gnadenvierteljahr] zu erstatten, soweit ihnen die Sachleistung nicht belassen wird.

Dienstpflichten.

§ 19. Die Angestellten sind verpflichtet, ihre Arbeiten mit größter Sorgfalt zu erledigen, den dienstlichen Anordnungen ihrer Vorgesetzten Folge zu leisten und sich durch ihr Verhalten in und außer dem Dienste der Achtung, die ihr Beruf erfordert, würdig zu zeigen. Sie haben über die zu ihrer dienstlichen Kenntnis gelangenden Angelegenheiten, deren Geheimhalten ihrer Natur nach, durch gesetzliche Vorschriften — insbesondere diejenigen der §§ 141, 142, 143 RVO. — oder durch Anordnungen der Vorgesetzten vorgeschrieben ist, Verschwiegenheit zu beobachten, und zwar auch nach Lösung des Dienstverhältnisses.

Im Verkehre mit dem Publikum hat jeder Angestellte sich der größten Höflichkeit zu befleißigen, jede von ihm gewünschte Auskunft innerhalb seines Dienstbereichs, soweit er dazu berechtigt ist, bereitwillig zu erteilen und den darum Ersuchenden mit Rat und Tat nach Möglichkeit an die Hand zu gehen. Geschenke hierfür anzunehmen ist verboten.

Jeder Angestellte ist verpflichtet, erforderlichenfalls die Stellvertretung eines anderen Angestellten oder Kassenbeamten, die nicht in auffälligem Mißverhältnis zu ihren Fähigkeiten steht, auch ohne besondere Entschädigung zu übernehmen.

Nebenbeschäftigung.

§ 20. Die Angestellten haben ihre ganze Arbeitskraft dem Kassendienste zu widmen.

Die Ausübung eines mit einer Entschädigung verbundenen Nebenamts oder eines regelmäßigen Nebenerwerbes ist ohne ausdrückliche Genehmigung des (Vorsitzenden des) Vorstandes nicht gestattet.

Dienststunden.

§ 21. Die Dienststunden werden von dem Vorstande (Vorsitzenden des Vorstandes) festgesetzt. Bis auf weiteres ist Dienstzeit . . . . . Während der Dienststunden dürfen nur dienstliche Angelegenheiten erledigt werden.

Die Dienststunden sind pünktlich einzuhalten. Ist der Angestellte durch Krankheit oder andere unabweisbare Zufälle verhindert, rechtzeitig zum Dienste zu erscheinen, so hat er hiervon unverzüglich Anzeige zu machen. Dauert eine durch Krankheit verursachte Behinderung länger als zwei Tage, so hat der Angestellte ohne besondere Aufforderung am dritten Tage ein Zeugnis des ihn behandelnden Arztes über seinen Gesundheitszustand und die Dauer seiner voraussichtlichen Behinderung einzureichen.

Im übrigen ist ein Fernbleiben vom Dienste ohne Urlaub unzulässig.

Soweit es die pünktliche Erledigung der laufenden Geschäfte erfordert, sind die Angestellten verpflichtet, auch außerhalb der festgesetzten Dienststunden ohne besondere Entschädigung tätig zu sein. Ueberstunden werden angemessen bezahlt, wenn die Entlohnung des Angestellten nach Tagen oder Stunden erfolgt oder wenn sie in regelmäßiger Wiederkehr längere Zeit hindurch zu leisten sind; dabei sind die vom Kassenvorstande hierüber erlassenen besonderen Bestimmungen maßgebend.

§ 22. Die Vorschriften der §§ 19, 20, 21 gelten auch für die auf Probe, zu vorübergehender Dienstleistung (Hilfsarbeiter) und zur Vorbereitung beschäftigten Angestellten.

Urlaub.

§ 23. Den Angestellten soll alljährlich ein Erholungsurlaub unter Fortgewährung der Dienstbezüge nach folgenden Grundsätzen gewährt werden:

den Angestellten in Klasse I . . . Wochen,
den Angestellten in Klasse II, wenn ihr Dienstalter mehr wie . . . Jahre beträgt, . . . Wochen, anderenfalls . . . Wochen

usw.

Der Urlaub wird alljährlich nach Anhörung der Angestellten vom Kassenvorstande [Vorsitzenden des Vorstandes] in einer besonderen Urlaubsübersicht festgesetzt, die den Angestellten mitgeteilt wird.

Strafbestimmungen.

§ 24. Gegen Angestellte, welche die ihnen obliegenden Pflichten verletzen, können nach den folgenden Bestimmungen Dienstentlassung oder Ordnungsstrafen verhängt werden. Den Angestellten ist vorher Gelegenheit zur Aeußerung zu geben.

§ 25. Bei groben Dienstvergehen hat Dienstentlassung zu erfolgen. Sie ist an keine Kündigungsfrist gebunden.

Als grobe Dienstvergehen gelten insbesondere:

1. beharrliche Widersetzlichkeit gegen die dienstlichen Anordnungen der Vorgesetzten;
2. Untreue im Dienst;

Digitized by Google

3. schwere Verletzung des Dienstgeheimnisses;
4. Bestechlichkeit, Duldung grober Dienstwidrigkeiten der nachgeordneten Angestellten;
5. unehrenhafte Handlungen, die eine gerichtliche Bestrafung nach sich gezogen haben;
6. sonstige schwere Verletzungen der Dienstpflichten oder ein sonstiges Verhalten, das den Angestellten der Achtung, des Ansehens und des Vertrauens, das sein Beruf erfordert, unwürdig erscheinen läßt.

Mit dem Tage der Entlassung verliert der Angestellte alle Gehalts- und sonstigen Ansprüche an die Kasse.

§ 26. Bei Dienstvergehen von geringerer Erheblichkeit können Ordnungsstrafen verhängt werden. Als solche kommen in Betracht:

1. Verwarnung;
2. schriftlicher Verweis;
3. Geldstrafe bis zum [halben] Betrage des einmonatigen Diensteinkommens.

Die Bestrafungen sind aktenkundig zu machen.

Die Strafgelder sind zugunsten der Angestellten zu verwenden.

§ 27. Angestellte, die ihre dienstliche Stellung oder ihre Dienstgeschäfte zu einer religiösen oder politischen Betätigung mißbrauchen, hat der Vorsitzende des Vorstandes zu verwarnen und bei Wiederholung, nachdem ihnen Gelegenheit zur Aeußerung gegeben ist, sofort zu entlassen; die Entlassung bedarf der Genehmigung durch den Vorsitzenden des Versicherungsamts.

Eine religiöse oder politische Betätigung außerhalb der Dienstgeschäfte und die Ausübung des Vereinigungsrechts dürfen, soweit sie nicht gegen die Gesetze verstoßen, nicht gehindert werden und gelten an sich nicht als Gründe zur Kündigung oder Entlassung.

Vorläufige Dienstenthebung.

§ 28. Vorläufige Dienstenthebung unter Fortgewährung der Dienstbezüge ist zu verfügen, wenn gegen einen Angestellten so erhebliche Anstände vorliegen, daß seine Entlassung in Aussicht steht, und wenn durch die weitere Dienstausübung eine Schädigung der Krankenkasse zu befürchten ist.

[Bei Gefahr im Verzuge steht diese Befugnis auch dem Geschäftsführer hinsichtlich der ihm nachgeordneten Angestellten zu. Der Geschäftsführer hat aber innerhalb dreier Tage die Entscheidung des Vorsitzenden oder seines Stellvertreters einzuholen.]

Streitigkeiten aus dem Dienstverhältnis.

§ 29. In Streitigkeiten aus dem Dienstverhältnisse der Angestellten entscheidet das Versicherungsamt (Beschlußausschuß). Auf Beschwerde, die innerhalb eines Monats einzulegen ist, entscheidet das Oberversicherungsamt endgültig.

Für das Verfahren gelten bei Entlassung eines Angestellten in den Fällen des § 27 Abs. 1 und in sonstigen Fällen des Vergehens gegen die Dienstordnung (§§ 24, 25):

1. §§ 63 ff. der Kaiserlichen Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter (RGBl. S. 1107),
2. § 43 der Kaiserlichen Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Oberversicherungsämter (RGBl. S. 1095).

Uebergangsbestimmungen.

§ 30. Für die beim Erlasse der Dienstordnung schon vorhandenen Kassenangestellten gelten die Vorschriften der Art. 34—37 und des Art. 39 Einf.Ges. z. RVO.

Anmeldung der Versicherungspflichtigen.

Erlaß des **preuß. Ministers für Handel und Gewerbe** (an die Regierungspräsidenten und den Oberpräsidenten in Potsdam) vom 14. November 1913 (HMBl. S. 609).

Mit dem 1. Januar 1914 wird mit dem Inkrafttreten des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung der Kreis der Versicherten wesentlich erweitert. Die zur Mitgliedschaft bei einer Orts-, Land- oder Innungskrankenkasse Verpflichteten müssen von dem Arbeitgeber bei der dafür bestimmten Stelle, und zwar bei der etwa auf Grund des § 319 a. a. O. errichteten gemeinsamen Meldestelle, sonst bei der durch die Kassensatzung bestimmten Stelle, rechtzeitig gemeldet werden (§ 317 a. a. O.). Diese Meldepflicht haben auch die Hausgewerbetreibenden für sich selbst und ihre hausgewerblich Beschäftigten (§ 468 a. a. O.). Wer der Meldepflicht nicht nachkommt, macht sich nach § 530 a. a. O. strafbar.

Da mit dem 1. Januar 1914 auch zugleich eine völlig neue Organisation der Krankenkassen ins Leben tritt, werden die zur Meldung Verpflichteten vielfach zweifelhaft sein, ob, bei welcher Krankenkasse und an welcher Meldestelle die Anmeldung zu geschehen hat. Auch ist anzunehmen, daß Arbeitgeber solcher Personen, die bisher nach dem Krankenversicherungsgesetze nicht versicherungspflichtig waren, über die neue Sachlage nicht oder doch nicht ausreichend unterrichtet sind und daß sie deshalb der Meldepflicht nicht genügen werden. Um den für die beteiligten Arbeitgeber hieraus erwachsenden Schwierigkeiten zu begegnen und einen ordnungsmäßigen Uebergang in das neue Versicherungsverhältnis zu sichern, erscheint es notwendig, daß die beteiligten Kreise durch die Versicherungsämter und die Gemeindevorstände in geeignet erscheinender Weise, insbesondere durch die Presse, durch öffentlichen Anschlag oder sonst in ortsüblicher Weise, über die Zuständigkeit der

Digitized by Google

Krankenkasse und über ihre Meldepflicht aufgeklärt werden.

Ich ersuche, die Versicherungsämter und Gemeindevorstände des dortigen Verwaltungsbezirks hiernach mit Weisung zu versehen.

Anmerkung: Der Erlaß ist sehr dankens- und beachtenswert. Die Kassen werden in der ersten Zeit solchen Arbeitgebern gegenüber, die nicht ersichtlich aus bösem Willen oder grober Nachlässigkeit eine Anmeldung versäumen, billige Rücksicht üben müssen. Wir machen noch darauf aufmerksam, daß es mindestens höchst zweifelhaft ist, ob hinsichtlich solcher Personen, die, ohne Aenderung ihres Beschäftigungsverhältnisses, nur durch die Aenderung des Gesetzes vom 1. Januar ab versicherungspflichtig werden, überhaupt eine Anmeldepflicht besteht (Hahn, Handb. der Krankenvers. S. 432 Anm. 1 d).

Aerztliche Versorgung der Krankenkassen; zur Anwendung des § 370 RVO.

Erlaß der **preuß. Minister für Handel usw., für Landwirtschaft usw. und des Innern** vom 2. Dezember 1913 (HMBl. S. 621).

Nach den Beschlüssen des am 26. Oktober d. J. hier abgehaltenen Aerztetags und angesichts der Stellung, welche die Krankenkassenverbände dazu genommen haben, muß damit gerechnet werden, daß es an vielen Orten nicht gelingen wird, die demnächstige ärztliche Versorgung der Kassenmitglieder durch schriftliche Verträge mit einer ausreichenden Anzahl von Aerzten sicherzustellen. Es ist daher zu erwarten, daß zahlreiche Krankenkassen beantragen werden, sie nach § 370 RVO. zu ermächtigen, statt der Krankenpflege oder sonst erforderlichen ärztlichen Behandlung eine Barleistung zu gewähren.

Ueber die bei der Ausführung des § 370 a. a. O. zu beachtenden Grundsätze hat unter dem Vorsitz des Herrn Staatssekretärs des Innern eine Beratung von Vertretern der Bundesregierungen stattgefunden, in der folgendes vereinbart worden ist: . . .

(Hier folgen die Grundsätze, die wir bereits im vorigen Jahrgang Nr. 35 S. 834 mitgeteilt haben.)

Hierzu bemerken wir noch folgendes:

1. Wie ich, der mitunterzeichnete Minister für Handel und Gewerbe, bereits in dem Erlasse vom 10. v. M. — III. 9426 — ausgesprochen habe, dürfen die Krankenkassen nicht durch Versagen der Ermächtigung nach § 370 RVO. zur Annahme eines bestimmten Arztsystems genötigt werden, es sei denn, daß eine Kasse ohne Not die Gelegenheit der Vertragserneuerung dazu benutzen will, ein Arztsystem zu beseitigen, das schon bisher für denselben Kassenbezirk mit Zustimmung der beteiligten und zu ihrer Zufriedenheit bestanden hat, und von dem bei im wesentlichen gleichbleibenden Voraussetzungen angenommen werden kann, daß es auch künftig befriedigend wirken werde.

Auch dürfen die Kassen nicht auf dem angegebenen Wege gezwungen werden, sich dem Spruche eines Schiedsgerichts zu unterwerfen, das über das Arztsystem bindend entscheiden soll.

Bei den Entscheidungen nach § 370 RVO. wird sodann der Anspruch der Kassen als berechtigt anzuerkennen sein, die Arztverträge in ihren wesentlichen Bestimmungen mit den einzelnen Aerzten abzuschließen, ohne daß die ärztliche Organisation als Vertragspartei mitwirkt.

Wenn die Aerzte den Abschluß individueller Verträge verweigern, ist hierdurch die Voraussetzung der Anwendung des § 370 RVO. ohne weiteres erfüllt. Sofern indes nach den im einzelnen Falle vorliegenden Verhältnissen mit Bestimmtheit angenommen werden darf, daß Aerzte in ausreichender Anzahl auch ohne Abschluß schriftlicher Verträge die Krankenbehandlung tatsächlich zu angemessenen Bedingungen besorgen werden; empfiehlt es sich, trotz des Mangels schriftlicher Verträge (§ 368 RVO.) einstweilen nicht einzugreifen, auch die Kasse zur Zurücknahme eines etwa nach § 370 RVO. gestellten Antrags zu veranlassen. Selbstverständlich kann es sich dabei nur um Duldung eines vorübergehenden, den formalen Anforderungen des Gesetzes nicht entsprechenden, tatsächlich aber befriedigenden Zustandes handeln.

Die Ausübung eines Zwanges auf die Kassen erscheint ferner im allgemeinen nicht zulässig hinsichtlich der Honorierung der ärztlichen Einzelleistungen und der verschiedenen Bemessung der Honorare nach Gruppen der Kassenmitglieder.

2. Die Erteilung der Ermächtigung nach § 370 RVO. soll nicht allgemein an die Bedingung geknüpft werden, daß die Kasse zunächst ihre etwaigen Mehrleistungen mindert oder beseitigt, um hierdurch die finanzielle Leistungsfähigkeit zur Befriedigung erhöhter Honorarforderungen der Aerzte zu erwerben. Es können indes im einzelnen Falle die Verhältnisse so liegen, daß der Kasse eine Erhöhung der Beiträge — oder im Falle ihrer Verweigerung eine Minderung der Mehrleistungen — zugemutet werden kann, wenn diese Maßnahme notwendig ist, um an sich angemessenen Honorarforderungen der Aerzte genügen zu können.

Das gleiche gilt hinsichtlich der Beschränkung der den freiwillig Beigetretenen zu gewährenden Kassenleistungen auf das Krankengeld (§ 215 RVO.).

3. Die Ermächtigung nach § 370 RVO. ist nur insoweit auszusprechen, als eine Kasse die Krankenpflege nicht in Natur zu leisten vermag.

4. Bei Erteilung der Ermächtigung sind in der Regel auch die im § 370 Abs. 2 Ziffer 2—4 vorgesehenen Bestimmungen zu treffen.

Digitized by Google

5. Auf Zahnärzte bezieht sich § 370 RVO. nicht (§ 364 a. a. O.).

Anmerkung der Schriftleitung: Die Aerzte haben hiernach ein Treffen verloren. Das ist bedauerlich, denn man muß wünschen, daß es in diesem Kampfe weder Sieger noch Besiegte geben möchte. Die große Schlacht steht noch aus, und es muß befürchtet werden, daß keiner der Kämpfenden den vertragslosen Zustand lange wird ertragen können ohne empfindlichste Einbußen. Inzwischen ist außerordentlich wertvoll für die Krankenkassen das Anerkenntnis der höchsten Verwaltungsinstanzen, daß die Kassen nicht durch Versagen der Ermächtigung aus § 370 zur Annahme eines bestimmten Arztsystems gezwungen werden dürfen und daß die Voraussetzung des § 370 ohne weiteres erfüllt ist, wenn die Aerzte den Abschluß individueller Verträge verweigern.

Es ist nicht ohne Humor in dieser trüben Zeit, daß die Kölnische Zeitung den Erlaß, der diese wichtigen Sätze enthält, in unmittelbarem Anschluß an einen Aufsatz des Gerichtsassessors Dr. Wenzel (Bonn) mitteilt, der gerade diese Auffassung mit gutem Mut und schlechten Gründen bekämpft. Das von der Kasse vorgeschlagene Arztsystem stehe überhaupt nicht zur Prüfung, sondern es sei einzig zu prüfen, ob das von den Aerzten angebotene System eine angemessene Bedingung sei, und dies sei nicht ausgeschlossen, wenn selbst das von der Kasse vorgeschlagene System für sie vorteilhafter sei; und es sei doch nun einmal nicht zu leugnen, daß der Kollektivvertrag und die freie Arztwahl sich vielfach praktisch durchaus bewährt haben. Eine herrliche Logik — bei der nur die Kleinigkeit außer Betracht geblieben ist, daß es immer eine unangemessene Bedingung bleibt, wenn ein Vertragsteil vom anderen die Preisgabe unveräußerlicher Persönlichkeitsrechte fordert. Und so liegt die Sache hier. Die Gestaltung des Arztsystems bei einer Krankenkasse greift tief in die ganze Verwaltung, nicht nur in die Finanzgebarung, sondern auch in die Organisation der Kasse ein. Diese Fragen sorgfältig und gewissenhaft — nicht nur unter rein rechnerischen Gesichtspunkten — zu erwägen, ist eine höchstpersönliche Aufgabe der Kassenorgane, und sie widersetzen sich mit Recht jedem Versuche, ihnen in dieser Hinsicht eine Entschließung von außen aufzudrängen. Weiter wird bemerkt, auch das müsse ins Gewicht fallen, ob nicht ein Vertrag nach dem von den Aerzten angebotenen System für die Kasse nicht noch besser sei als der vertraglose Zustand! Auch das ist ein logisches Prachtstück — bei dem wieder nur die Kleinigkeit unbeachtet geblieben ist, daß es sich um zwei verschiedenartige, gar nicht miteinander vergleichbare Dinge handelt, nämlich um ein für die Dauer bestimmtes Arztsystem und um einen als vorübergehend gedachten Notbehelf. Daß der ein Uebel ist, muß hingenommen werden in der Hoffnung, daß es schließlich doch zu geordneten Zuständen kommen werde. Sollte diese Hoffnung trügen — nun, dann wird dem Gesetzgeber das Wort gebühren.

Ausgleich oder Interimistikum im Kampf der Aerzte und Krankenkassen.

Namens der medizinischen Fakultäten der deutschen Universitäten haben die Geheimen Medizinalräte Dr. Dr. Passow, Orth und Krauß bei dem Staatssekretär des Innern eine Vermittlungsaktion im Kampfe der Krankenkassen und Aerzte angeregt. Der Staatssekretär hat die Herren empfangen, den Streitstand mit ihnen erörtert und seine Bereitwilligkeit erklärt, Ausgleichsverhandlungen zwischen den Aerzten und den Krankenkassen herbeizuführen, sofern beide Teile damit einverstanden seien. Es wurde den Vertretern der Fakultäten eine Skizze vorgelegt, die nach Ansicht der Regierung als Grundlage für solche Verhandlungen dienen könnte. Falls die Beteiligten bereit sind, in diese Verhandlungen einzutreten, müßte überall, wo es zu Vertragsabschlüssen zwischen Aerzten und Kassen noch nicht gekommen ist, zunächst mit Geltung vom 1. Januar 1914 ab, ein dreimonatiges Interimistikum auf der Grundlage der zwischen den Kassen und den Aerzten gegenwärtig geltenden Vereinbarungen geschaffen werden, damit Zeit zur Verständigung gewonnen wird. Die Vertreter der medizinischen Fakultäten übernahmen es, in diesem Sinne mit den ärztlichen Organisationen in Verbindung zu treten.

Unmittelbar vor Redaktionsschluß erfahren wir, daß die Vermittlung Erfolg gehabt hat und daß eine Einigung zustande gekommen ist. Wir werden in der nächsten Nummer darüber berichten und geben heute nur der Freude darüber Ausdruck, daß den Behörden die umfassende Anwendung des § 370 RVO. und damit dem Volk ein Zustand erspart worden ist, der eine Kompromittierung der Sozialversicherung bedeutet haben würde.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Abkommen zur Regelung der Beziehungen zwischen Berufsgenossenschaften und Krankenkassen.

Der Verband der deutschen Berufsgenossenschaften und nachfolgende Krankenkassenverbände:

1. der Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen,
2. der Verband zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen,
3. der Gesamtverband deutscher Krankenkassen,
4. der Allgemeine Deutsche Knappschaftsverband,
5. der Verband deutscher Innungskrankenkassen,

haben, von dem Gedanken ausgehend,

daß den Gesetzgeber bei Schaffung des § 1513 RVO. lediglich die Absicht geleitet hat, die Güte des Heilverfahrens zu fördern und hierzu der Berufsgenossenschaft die Möglichkeit zu frühzeitige Einflußnahme auf das Heilverfahren in der ihr nach pflichtmäßigem Ermessen ratsam erscheinenden Weise zu bieten,

daß demgemäß der § 1513 nicht eine Quelle der Bereicherung der Berufsgenossenschaften auf Kosten der Krankenkassen sein, ebenso wie umgekehrt der § 1503 nicht zu einer Bereicherung der Krankenkassen auf Kosten der Berufsgenossenschaften dienen soll.

über die sich aus den §§ 1513, 1501, 1503 RVO. ergebenden Beziehungen auf Anregung des Reichversicherungsamts folgendes Abkommen getroffen:

Digitized by Google

§ 1.

Die Anwendung der Befugnis der Berufsgenossenschaft aus § 1513 RVO. ist im einzelnen Falle an keine andere Voraussetzung geknüpft, als die, daß ein Unfall die Krankheit herbeigeführt hat.

Für die Auswahl der in eigene Behandlung zu nehmenden Fälle und für das dabei zu beobachtende Verfahren sollen die Leitsätze des Reichsversicherungsamts vom 14. Dezember 1911 (Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1911 S. 594 ff.) im allgemeinen berücksichtigt werden. Jeder Berufsgenossenschaft steht es indessen frei, auch in solchen Fällen, die die Leitsätze nicht besonders dazu empfehlen, das Heilverfahren innerhalb der Wartezeit zu übernehmen, ebenso wie es ihr umgekehrt unbenommen ist, auch in Fällen der in den Leitsätzen als geeignet bezeichneten Arten von der Uebernahme abzusehen.

§ 2.

Uebernimmt die Berufsgenossenschaft gemäß § 1513 RVO. das Heilverfahren, ohne Krankenhauspflege zu gewähren, so beansprucht sie von der Krankenkasse den Ersatz für Krankenpflege nur in Höhe ihres nachweisbar durch den Einzelfall unmittelbar entstandenen Aufwandes bis zur Höhe von drei Achteln des Grundlohns.

Ist der Aufwand nicht nachweisbar, so gilt als Aufwand für den Einzelfall ein Bauschbetrag von 10 (zehn) M.

Krankenkassen, die ihren Aerzten feste Gehälter oder einen entweder nach Krankheitsfällen oder nach der Zahl der Mitglieder bemessenen Bauschbetrag gewähren, erstatten den Berufsgenossenschaften in den Fällen des Abs. 1 den nachweisbar durch den Einzelfall unmittelbar entstandenen Aufwand abzüglich eines Bauschbetrages von 7 (sieben) M.

Die Kosten für ärztliche Gutachten werden in den wirklichen Aufwand nicht einbezogen.

Beantragt einer der beteiligten Verbände nach Ablauf eines Jahres vom Inkrafttreten dieser Vereinbarung an die anderweite Regelung der in Abs. 2 und 3 festgesetzten Bauschbeträge, so wird das Reichsversicherungsamt die Verbände zu erneuter Verhandlung hierüber einladen.

§ 3.

Bringt die Berufsgenossenschaft den Verletzten innerhalb der ersten 13 Wochen in einer Heilanstalt unter, so regelt sich ihr Ersatzanspruch nach § 1513 RVO. mit der Maßgabe, daß die Ersatzzahlung der Krankenkasse den nachweisbar durch den Einzelfall unmittelbar entstandenen Aufwand der Berufsgenossenschaft nicht übersteigen darf. Die etwaige Ersatzpflicht der Berufsgenossenschaft für den Unfallzuschuß (§ 576 RVO.) wird hiervon nicht berührt.

Der § 2 Abs. 5 gilt entsprechend.

§ 4.

In den Fällen der §§ 2 und 3 übernimmt die Krankenkasse auf Ersuchen der Berufsgenossenschaft die Auszahlung des Krankengeldes oder Hausgeldes an den Berechtigten für Rechnung und nach näherer Weisung der Genossenschaft.

§ 5.

Verpflichtet sich die Krankenkasse, in allen Fällen der ihr von der Berufsgenossenschaft hierfür bezeichneten Verletzungsarten innerhalb einer von der Genossenschaft bestimmten Frist den Unfallverletzten in einer derjenigen Heilanstalten unterzubringen, die ihr die Berufsgenossenschaft im voraus bezeichnet hat, so ersetzt ihr die Genossenschaft nach näherer Vereinbarung den in dem einzelnen Falle entstehenden Mehraufwand.

§ 6.

Ueberweist die Krankenkasse den Verletzten innerhalb der ersten 13 Wochen, ohne ihn zur Verpflegung in einer Heilanstalt unterzubringen, in Fällen der von der Berufsgenossenschaft hierfür bezeichneten Verletzungsarten einem Facharzte aus der Zahl derjenigen, die ihr die Genossenschaft hierfür im voraus bezeichnet hat, zur Behandlung, so ersetzt ihr die Berufsgenossenschaft die dadurch gegenüber der kassenärztlichen Behandlung entstehenden Mehrkosten in dem vorher vereinbarten Umfange.

§ 7.

Gewährt die Krankenkasse einem in kassenärztlicher Behandlung befindlichen Unfallverletzten innerhalb der ersten 13 Wochen auf Anraten des Kassenarztes besondere, über die gesetzliche Pflicht der Kasse hinausgehende Leistungen zur Förderung des Heilerfolges, so wird die Berufsgenossenschaft grundsätzlich — unter Vorbehalt der Prüfung des einzelnen Falles — bereit sein, einen Teil des der Kasse dadurch entstehenden besonderen Aufwandes zu übernehmen. Der Umfang des Ersatzes wird von Fall zu Fall besonders geregelt.

§ 8.

In jedem Fall, in dem die Berufsgenossenschaft der Krankenkasse gemäß § 1503 Abs 1 RVO. (mit oder ohne Verbindung mit § 584) ersatzpflichtig ist, beansprucht die Krankenkasse von der Berufsgenossenschaft als Ersatz für Krankenpflege nur den Betrag ihres nachweisbar durch den Einzelfall unmittelbar entstandenen Aufwandes bis zur Höhe von drei Achteln des Grundlohns.

Krankenkassen, die ihren Aerzten festes Gehalt oder einen entweder nach Krankheitsfällen oder nach der Zahl der Mitglieder bemessenen Bauschbetrag gewähren, wird von der Berufsgenossenschaft als Ersatz für Krankenpflege für den Einzelfall ein Bauschbetrag von 10 (zehn) M. gezahlt.

Der § 2 Abs. 5 gilt entsprechend.

§ 9.

Ist die Berufsgenossenschaft der Krankenkasse nach § 1503 Abs. 2 RVO. ersatzpflichtig, so beansprucht die Krankenkasse von der Genossenschaft den Ersatz nur in Höhe desjenigen Betrages, um den der nachweisbar durch den Einzelfall unmittelbar entstandene Aufwand für Krankenhauspflege nebst dem Hausgeld über das bei häuslicher Behandlung zu zahlende einfache Krankengeld hinausgeht, bis zur Höhe von drei Achteln des Grundlohns.

§ 10.

Die Verbände werden Berufsgenossenschaften und Krankenkassen zu einer Erklärung darüber auffordern, ob sie diesem Abkommen beitreten. Die Beitrittserklärung bindet den Versicherungsträger gegenüber allen Versicherungsträgern der anderen Art, die sich dem Abkommen anschließen. Unberührt hierdurch bleibt das Recht der Versicherungsträger, mit einzelnen Versicherungsträgern der anderen Art Sondervereinbarungen zu treffen oder gegenüber einzelnen von ihnen die Anwendung dieses Abkommens auszuschließen. Der Ausschluß ist jedoch nur rechtswirksam, wenn er gleichzeitig mit der Beitrittserklärung dem Verbande angezeigt wird.

Die Beitrittserklärung bindet den Versicherungsträger zunächst bis zum 31. Dezember 1914 und dann weiter auf je ein Jahr, wenn nicht bis zum 30. September des laufenden Jahres dem Verbande oder dem Reichsversicherungsamt gegenüber der Rücktritt erklärt wird.

In denjenigen Fällen, in denen bereits eine Ersatzpflicht für einen der beiden Teile begonnen hat, werden

Digitized by Google

die gegenseitigen vertragsmäßigen Rechte und Pflichten von dem Rücktritt nicht berührt.

§ 11.

Die Verbände werden dem Reichsversicherungsamt die Beitritts- und Rücktrittserklärungen übermitteln.

§ 12.

Dieses Abkommen tritt mit seiner Veröffentlichung in den „Amtlichen Nachrichten des Reichsversicherungsamts" in Kraft.

Schwebende Streitfälle sollen tunlichst nach den Bestimmungen dieses Abkommens geregelt werden.

Anmerkung: Das Abkommen verpflichtet die Berufsgenossenschaften und Krankenkassen, welche die im § 10 vorgesehene Erklärung beitreten. Es bildet auch im Streitfalle die für die Entscheidung maßgebende Norm An der gesetzlichen Zuständigkeit für die Entscheidung und den Vorschriften über das Verfahren wird dadurch nichts geändert. Insbesondere gilt § 1513 Abs. 2 bei „Streit über Ersatzansprüche aus den §§ 1501, 1513, 1514" auch dann, wenn diese Ansprüche vertraglich näher bestimmt sind.

Sozialversicherung und Krieg.

Ueber dieses Thema sprach am 13. Dezember 1913 Herr Privatdozent Dr. Kaskel im Deutschen Verein für Versicherungswissenschaft (Sektion für Sozialversicherung; Vorsitzender: Direktor im Kaiserl. Statistischen Amt Dr. Zacher). Der Vortragende wußte dem Gegenstande eine Fülle interessanter Fragen abzugewinnen. Er erörterte den Einfluß des Kriegs auf Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung der Eingezogenen und auf die Ansprüche aus der Versicherung nach den verschiedensten Richtungen und für alle Versicherungsgebiete; ferner die völkerrechtliche Frage, ob das Vermögen der Versicherungsträger, als Staatsgut, der Wegnahme durch die feindliche Macht unterliegen würde; endlich auch den Einfluß der Sozialversicherung auf die Kriegstüchtigkeit.

Daß, wie der Vortragende meinte, für die zum Kriegsdienst Eingezogenen nur freiwillige Weiterversicherung in Frage kommen könne, da Personen des Soldatenstandes versicherungsfrei seien, ist zu bestreiten. Die Versicherungsfreiheit nach § 172 Ziff. 2, § 1235 Ziff. 2 RVO., § 10 Ziff. 3 AVG. bezieht sich nur auf die dienstliche Beschäftigung. Die Versicherungspflicht dauert auch während der Einziehung zum Heeresdienst fort, wenn das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis während dieser Zeit aufrecht erhalten wird, wenn also der Arbeitgeber, um sich die Dienste des eingezogenen Angestellten für die spätere Zeit zu sichern, mit ihm die Aufrechterhaltung des Dienstvertrages und die Fortzahlung des Gehalts auch während des Feldzugs vereinbart. Daß der Bezug von Krankengeld und Renten ruhen müsse, solange der Versicherte durch die Einziehung ohnehin dem allgemeinen Arbeitsmarkt entzogen sei, wurde in der Erörterung mehrfach und mit Grund bestritten, da die Gesetze keinen Anhalt für diese Auffassung bieten.

Zutreffend führte der Vorsitzende aus, daß das Vermögen der Versicherungsträger nicht Staatsgut, sondern Privateigentum öffentlicher Genossenschaften sei und daher nach Völkerrecht von der feindlichen Macht nicht weggenommen werden dürfe. Hinsichtlich der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte wurde in dieser Hinsicht ein Zweifel erhoben, aber vom Vortragenden mit Recht abgewiesen. Der Umstand, daß hier die Verwaltung eine staatliche ist, wie bei der Reichsbank, ändert nichts an der Tatsache, daß das Eigentum des Vermögens, wie bei den anderen Versicherungsträgern, einer öffentlich-rechtlichen, dem Gemeinwohl dienenden Korporation zusteht. Bei der Reichsbank ist diese Gestaltung wohl auch gerade deshalb gewählt worden, um nicht Staatsgut dem möglichen Zugriffe des eindringenden Feindes auszusetzen. Ob dieser freilich sich erst in schwierige Kontroversen vertiefen würde, ehe er die Finger ausstreckte, erscheint recht zweifelhaft. Hoffentlich bleibt uns die Probe auf das Exempel erspart.

In der Erörterung wurde gefragt, was im Fall eines Krieges aus den vom Deutschen Reiche mit dem feindlichen Staate geschlossenen Staatsverträgen über Sozialversicherung werden würde. Der vom Vortragenden und anderen ausgesprochene Ansicht, daß die Verträge von selbst hinfällig würden, wurde von einer Seite widersprochen. Bei einem Staatsvertrage kommt, außer der völkerrechtlichen Bindung von Staat zu Staat, die innerstaatliche Geltung in Betracht, die ein solcher Vertrag beansprucht, wenn er vom Parlament verabschiedet und im Reichsgesetzblatt publiziert ist. Er gilt dann als Gesetz und bindet daher die Behörden auch im Kriegsfall, solange er nicht, wiederum durch Gesetz, aufgehoben ist. Nicht einmal Vertragsuntreue des anderen Staates entbindet die Behörden ohne weiteres von der Beachtung des Staatsvertrages, sondern nur dann, wenn der Reichskanzler mit Zustimmung des Bundesrats die Anwendung eines Vergeltungsrechts angeordnet hat (§ 158 RVO). Es leuchtet doch wohl auch ein, daß z. B. die Berner Uebereinkunft über den Schutz der Urheberrechte, die Haager Konventionen über Eheschließung und Ehescheidung usw. durch den Ausbruch des Krieges nicht ohne weiteres ihre innerstaatliche Geltung verlieren können, und es ist kein Grund zu erkennen, warum sich dies mit den Verträgen über Sozialversicherung anders verhalten sollte.

Ueber die Rechtslage der Ersatzkassen

bei der Krankenversicherung vom 1. Januar 1914 ab hat auf eine Anfrage des Reichstagsabgeordneten Marquart der Staatssekretär des Innern, als Vertreter des Reichskanzlers eine schriftliche Antwort erteilt, in der es heißt:

Das Gesetz gehe nicht davon aus, daß sämtliche ehemaligen freien Hilfskassen, die den Antrag gestellt haben, auch schon bis zum 1. Januar 1914 zugelassen werden müssen. Dies ergebe sich aus Art. 25 des Einf.Ges. zur RVO. in Verbindung mit Art. 7 der Kaiserl. Verord. v. 5. Juli 1912, wonach der Antrag auf Zulassung als Ersatzkasse noch bis zum 31. Dezember 1913 gestellt werden kann. Dagegen sei nicht anzunehmen, daß es den Mitgliedern der noch im Laufe des Monats Dezember zugelassenen Ersatzkassen unmöglich sein sollte, das Ruhen ihrer Rechte und Pflichten bei denjenigen Krankenkassen, in welche sie gehören (§ 517 Abs. 1 RVO.), noch rechtzeitig zu beantragen. Nach § 519 habe der Versicherungspflichtige, der vom Rechte des § 517 Abs. 1. a. a. O. Gebrauch machen will, den Antrag beim Eintritt in die Krankenkasse oder spätestens am zweiten Zahltage darauf beim Kassenvorstand zu stellen. Dabei habe er ihm Name und Sitz der Ersatzkasse mitzuteilen und seine Zugehörigkeit zu ihr nachzuweisen. Dieser Nachweis könne durch Vorlegung des Mitgliedscheines zu dem Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit und durch Hinweis auf die amtliche Bekanntmachung des Reichsversicherungsamtes im „Reichsanzeiger" geführt werden. Des zuvorigen Abdrucks der Vereinssatzung (§ 515) bedürfe es hierfür nicht. Ferner sei durch die Bekanntmachung, betreffend Ausführung der Reichsversicherung vom 5. Dezember 1913, die Möglichkeit gewährt, daß Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit,

Digitized by Google

denen eine Bescheinigung nach § 514 Abs. 2 RVO. als Ersatzkassen erteilt ist, statt der Versicherungspflichtigen den Antrag bei der Krankenkasse stellen (§ 519 Abs. 2). Es bedürfen für die Erlangung dieser Ermächtigung nur eines Antrages bei dem Reichsamt des Innern.

Hiernach befänden sich die bisher mit einer Bescheinigung gemäß § 75a KVG. versehenen ehemaligen Hilfskassen und ihre Mitglieder in folgender Rechtslage: Bis zur Zulassung als Ersatzkasse, längstens bis zum 30. Juni 1914, bleibe die Bescheinigung in Kraft, so daß die Mitglieder der ehemaligen Hilfskasse außerhalb der gesetzlichen Krankenkasse bleiben. Sobald die Zulassung als Ersatzkasse erfolgt sei, erlösche die alte Bescheinigung und die Mitglieder treten in die gesetzliche Krankenkasse ein; sie selbst oder für sie ihre Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit hätten aber noch bis zum zweiten Zahltage der gesetzlichen Krankenkasse Zeit, den Antrag auf Ruhen ihrer Rechte und Pflichten bei der gesetzlichen Krankenkasse zu stellen. Werde der Antrag nicht rechtzeitig gestellt, so seien die Mitglieder bis zum Beginn des nächsten Kalendervierteljahres mit Kündigungsfrist von einem Monat an die gesetzliche Krankenkasse gebunden und beitragspflichtig (§ 520 RVO).

Leitsätze für die Regelung der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Zahnärzten sowie Zahntechnikern (Dentisten).

Die fünf großen Kassenverbände haben sich über die folgenden Leitsätze geeinigt:

Zur Behandlung von Zahnkrankheiten sind die Zahnärzte und mit Zustimmung des Versicherten auch die Zahntechniker berufen. Im Rahmen der Bestimmung der obersten Verwaltungsbehörde können Zahntechniker auch ohne Zustimmung der Versicherten bei Zahnkrankheiten selbständige Hilfe leisten (§ 123 RVO.). Nur die Behandlung von Mund- und Kieferkrankheiten ist den Aerzen (Zahnärzten) vorbehalten.

I. Zahnärzte. Die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Zahnärzten werden durch schriftlichen Vertrag geregelt (§§ 374, 368 RVO.).

1. Anstellung von Zahnärzten.

Ob die Kasse bestimmte oder alle im Kassenbezirk ansässigen Zahnärzte zulassen soll, richtet sich nach den vorliegenden Verhältnissen und den bestehenden Bedürfnissen.

Bei der Bestellung der Zahnärzte sollen die Kassen im Bereich des Versicherungsamtes möglichst Hand in Hand gehen, um eine gerechte Verteilung unter den zugelassenen Zahnärzten zu ermöglichen.

Wenn eine größere Anzahl Zahnärzte zugelassen werden soll, so empfiehlt es sich, die Verhandlungen über den Vertrag mit einer Vertretung der Zahnärzte zu führen. Die Verträge sind mit den einzelnen Zahnärzten zu schließen.

Die Verträge sollen auf fünf Jahre unkündbar abgeschlossen werden. Es ist in der Regel eine Kündigungsfrist von sechs Monaten vorzusehen.

Bei Erneuerung von Verträgen sollen die bisher für die Kasse tätigen Zahnärzte vornehmlich berücksichtigt werden. Es soll ein solcher Zahnarzt nur wegen eines wichtigen Grundes ausgeschlossen werden. Ob ein wichtiger Grund vorliegt, entscheidet ein Schiedsgericht (siehe 4).

2. Umfang der Leistungen.

Die Behandlung muß sich in dem Rahmen der gesetzlichen Bestimmung oder, falls die Kasse in ihrer Satzung eine erweiterte Fürsorge vorsieht, in dem Rahmen der betreffenden Satzungsbestimmungen halten. Umfangreiche Plombierungen und Zahnersatz sind von der Zustimmung der Kasse abhängig zu machen. Die Art und Zahl der Verrichtungen und Leistungen ist nach pflichtmäßigem Ermessen des Zahnarztes auf das zur Krankheitsbeseitigung notwendige Maß zu beschränken.

Arzneien sollen nur, wenn notwendig, verordnet werden. Die Verordnung hat in sparsamer Form zu erfolgen. Arbeitsunfähigkeit darf nur wirklich arbeitsunfähigen Kranken bescheinigt werden.

3. Bezahlung der Leistungen[1]).

Den Kassen kann nur das im letzten Satz der Anmerkung bezeichnete gemischte System oder die Bezahlung nach bestimmten Sätzen für die häufig vorkommenden, insbesondere für die zusammengehörenden verschiedenen Leistungen empfohlen werden. Die Festsetzung der Höhe der Bezahlung, die Festsetzung der Pauschale wie der festen Sätze muß wegen der Verschiedenheit der Verhältnisse örtlich erfolgen.

Für Auskünfte, Feststellungen und alle schriftlichen Aeußerungen, die für die Kasse oder den Versicherten notwendig werden, werden keine besonderen Vergütungen bezahlt.

4. Schiedsgericht.

Ueber die Streitigkeiten, die zwischen der Kasse und den zugelassenen Zahnärzten über die Auslegung und Ausführung der Verträge entstehen, entscheidet ein jeweils zu bildendes Schiedsgericht. Dieses besteht aus einem von der Kasse und einem von dem (den) betr. Zahnarzt (ärzten) bestellten Vertreter. Einigen sich die beiden Parteien nicht, so wird ein unparteiischer Obmann gewählt. Kommt die Wahl nicht zustande, so soll der Leiter des für die Kasse zuständigen Versicherungsamtes um Uebernahme des Amtes oder um Bestellung eines Obmannes gebeten werden.

Die Entscheidungen des Schiedsgerichts sind endgültig und für beide Teile bindend.

Etwaige Kosten trägt der unterliegende Teil.

II. Zahntechniker (Dentisten). Bei Zahnkrankheiten, mit Ausschluß von Mund- und Kieferkrankheiten, kann die Behandlung mit Zustimmung des Versicherten durch Zahntechniker erfolgen. Im Rahmen der Bestimmung der obersten Verwaltungsbehörde können Zahntechniker auch ohne Zustimmung des Versicherten bei Zahnkrankheiten selbständige Hilfe leisten (§ 123 RVO.).

1. Anstellung von Zahntechnikern.

Ob die Kasse bestimmte oder alle im Kassenbezirk ansässigen Zahntechniker zulassen soll, die nach Bestimmung der obersten Verwaltungsbehörde als Zahntechniker im Sinne der Reichsversicherungsordnung anzusehen sind, richtet sich nach den vorliegenden Verhältnissen und bestehenden Bedürfnissen.

---

[1]) Die Bezahlung erfolgt zurzeit auf sehr verschiedene Weise. Es sind Pauschsätze für das Mitglied und Jahr oder für jeden Behandlungsfall festgesetzt. Die Bezahlung geschieht nach Maßgabe der einzelnen Verrichtungen. Dabei sind meist für die häufig vorkommenden, insbesondere für die zusammengehörenden verschiedenen Leistungen (z. B. bei der Plombierung oder bei Zahnersatz) bestimmte Sätze (Höchstsätze) vereinbart. Weiter haben viele Kassen ein gemischtes System, wonach die Beratung und die operative (chirurgisch-technische) Behandlung durch einen Pauschsatz für das Mitglied und Jahr abgegolten wird und für die zusammengehörenden Leistungen in der konservierenden (bewahrenden) Behandlung bestimmte Sätze festgesetzt sind.

Digitized by Google

Bei der Bestellung der Zahntechniker sollten die Kassen im Bereich des Versicherungsamtes Hand in Hand gehen, um eine gerechte Verteilung unter den zugelassenen Zahntechnikern zu ermöglichen.

Die Verträge sind mit den einzelnen Zahntechnikern zu schließen.

Die Verträge sollen auf fünf Jahre unkündbar abgeschlossen werden. Es ist in der Regel eine Kündigungsfrist von sechs Monaten vorzusehen.

Bei Erneuerung von Verträgen sollen die bisher für die Kasse tätigen Zahntechniker vornehmlich berücksichtigt werden. Es soll ein solcher Zahntechniker nur wegen eines wichtigen Grundes ausgeschlossen werden.

2. Umfang der Leistungen.

Die Behandlung muß sich in dem Rahmen der gesetzlichen Bestimmung oder, falls die Kasse in ihrer Satzung eine erweiterte Fürsorge vorsieht, in dem Rahmen der betreffenden Satzungsbestimmung halten. Umfangreiche Plombierungen und Zahnersatz sind von der Zustimmung der Kasse abhängig zu machen. Die Art und Zahl der Verrichtungen und Leistungen ist nach pflichtmäßigem Ermessen des Zahntechnikers auf das zur Krankheitsbeseitigung notwendige Maß zu beschränken.

3. Bezahlung und Leistungen[1]).

Den Kassen kann nur das im letzten Satz der Anmerkung bezeichnete gemischte System oder die Bezahlung nach bestimmten Sätzen für die häufig vorkommenden, insbesondere für die zusammengehörenden verschiedenen Leistungen empfohlen werden. Die Festsetzung der Höhe der Bezahlung, die Festsetzung der Pauschale wie der festen Sätze muß wegen der Verschiedenheit der Verhältnisse örtlich erfolgen.

Für Auskünfte, Feststellungen und alle schriftlichen Aeußerungen, die für die Kasse oder den Versicherten notwendig werden, werden keine besonderen Vergütungen bezahlt.

Zur Einigung zwischen Aerzten und Krankenkassen in Württemberg.

Der zwischen dem Eßlinger Delegiertenverband und dem Württembergischen Krankenkassenverband unter Mitwirkung des Kgl. Oberversicherungsamts geschlossene Vertrag bestimmt auf die Dauer von fünf Jahren im wesentlichen folgendes:

Der Württembergische Krankenkassenverband übernimmt die Verpflichtung, den ihm angehörenden Kassen die Durchführung der vereinbarten Bestimmungen aufzuerlegen. Dieselbe Verpflichtung übernimmt der Eßlinger Delegiertenverband für die ihm angehörenden örtlichen Aerztevereine. Ebenso sind einzelne Aerzte, soweit sie als Vertragspartei in Betracht kommen, als Angehörige der örtlichen Aerztevereine zur Einhaltung der Vertragsbestimmungen zu verpflichten.

Für den Abschluß der Aerzteverträge ist regelmäßig maßgebend das sog. System der freien Arztwahl, soweit nicht gemäß § 4 des Vertrags andere Bestimmungen getroffen werden. Es ist also jeder dem örtlichen Aerzteverein angehörende Arzt zur Kassenpraxis zuzulassen. Die örtlichen Vereine übernehmen die Verpflichtung, dafür zu sorgen, daß stets eine den berechtigten Anforderungen entsprechende Zahl von Aerzten zur Behandlung der Kassenmitglieder zur Verfügung steht. Genügt die ärztliche Behandlung, wie sie von den Mitgliedern des Aerztevereins gewährt wird, den berechtigten Anforderungen der Erkrankten nicht, so ist die Kasse berechtigt, auch Nichtmitglieder des Aerztevereins zur Kassenpraxis zuzulassen.

Wird nach den Kassensatzungen auch den Familienmitgliedern ärztliche Hilfe geleistet, so vervielfacht sich das Pauschale um das Zweieinhalb- bis Dreifache, je nach dem Umfang der als Familienhilfe zu gewährenden ärztlichen Behandlung (Dauer, Kreis der berechtigten Familienmitglieder, Maß der ärztlichen Leistungen usw.). Das Pauschale steigt jährlich um 10 Pf., bei Familienhilfe um 25—30 Pf.

Außerhalb des Pauschales sind nach den Mindestsätzen der Gebührenordnung noch zu bezahlen Geburtshilfe, Nachtbesuche, Nachtberatungen und sofort verlangte Besuche, von der Kasse genehmigte Konsilien, Nichtkassenärzte bei dringenden Berufungen, Zahnextraktionen, Röntgenuntersuchungen und Röntgenbehandlungen, wenn die Kasse solche genehmigt hat.

Für die Revision der Rechnungen der Aerzte bestehen wie bisher Revisionseinrichtungen; zur Unterbindung etwaiger Vielgeschäftigkeit der Aerzte sind Strafen vorgesehen, auch die schon seit einer Reihe von Jahren in Württemberg bestandenen Schiedsgerichte werden nach dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung in neuer Besetzung weiter bestehen.

Der Württembergische Krankenkassenverband beabsichtigt, die Krankenkassen je eines Versicherungsamtsbezirks zu Verbänden zu vereinigen, um dadurch den Abschluß gemeinsamer Verträge zu erleichtern und eine erweiterte Fürsorge für die Versicherten und deren Familien durch Errichtung von Erholungsheimen und ähnliche Institutionen zu ermöglichen.

Verzeichnis der Krankenkassen in Preußen.

Um den Versicherungsbehörden und den Versicherungsträgern bei ihrer Geschäftsführung einen Einblick in die Organisation der Krankenkassen zu geben, hat der preuß. Minister für Handel und Gewerbe nach dem voraussichtlichen Stande vom 1. Januar 1914 ein Verzeichnis der in Preußen bestehenden Krankenkassen (Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen) aufstellen lassen. Das Verzeichnis kann im Buchhandel bei Carl Heymanns Verlag, Berlin W, Mauerstraße 43/44, zum Preise von 5 M. bezogen werden.

---

[1]) Vgl. die vorige Anmerkung.

Digitized by Google

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und deutlich zu schreiben.

Ausgestaltung der Kasse nach Art. 15 Einf.Ges. ist unter Umständen für den Angestellten ein Grund zur Kündigung nach § 626 BGB.

1. **Nach K.** Frage: Eine Ortskrankenkasse, welche bisher etwa 450 Mitglieder zählte, wird vom 1. Januar ab zur allgemeinen Ortskrankenkasse ausgestaltet. Die Mitgliederzahl wird sich auf ungefähr 900 erhöhen. Der Kassierer, der dies Amt nur nebenamtlich und mehr aus Gefälligkeit verwaltet, ist gegen vierteljährliche Kündigung angestellt und erhält jährlich 160—200 M. Entschädigung. Er will nunmehr am Schlusse dieses Jahres sein Amt ohne Kündigung niederlegen, weil der mit ihm geschlossene Vertrag für die ausgestaltete Kasse nicht maßgebend sei und beim Inkrafttreten der letzteren von selbst erlösche. Ist das gerechtfertigt?

Antwort: Wir bejahen die Frage. Die Vermehrung der Mitglieder und die damit verbundene Erhöhung der Arbeitslast um etwa das Doppelte, sowie überhaupt die einschneidende Veränderung der Kassenverhältnisse wird man als „wichtigen Grund" zur fristlosen Kündigung nach § 626 BGB. gelten lassen müssen.

§ 215 Abs. 2 und 3 RVO. gilt nicht für die vor dem 1. Januar 1914 Beigetretenen.

2. **Nach Jena.** Antwort: Wir müssen unsere Auskunft nach Köln a. Rh. in Nr. 36 v. 1913 S 863 Ziff. 1a nach neuer Erwägung berichtigen. § 215 RVO. läßt die Ermäßigung der Kassenleistungen und Beiträge ausdrücklich nur für diejenigen zu, „welche der Versicherung freiwillig beitreten". Da diese Vorschrift erst vom 1. Januar 1914 ab gilt, so darf sie nicht auf solche Personen bezogen werden, die der Versicherung schon vorher beigetreten sind.

Rechte und Pflichten der Angestellten bei Schließung einer Krankenkasse infolge der Neuordnung.

3. **Nach Lüdinghausen.** Antwort: Auf die im Vertrage festgestellte Kündigungsfrist kommt es nicht an. Das Vertragsverhältnis endet mit Ablauf der Jahresfrist aus Art. 32 Einf.Ges. mit § 302 RVO. Hierüber können wir die zahlreichen Anfragenden immer wieder nur auf Arb.-Versorgg. 1913 S. 373 und S. 382 Ziff. 2 verweisen. Bis zum Ablauf des Jahres aber besteht das Vertragsverhältnis noch. Wie daher der Angestellte bis dahin sein Gehalt zu fordern hat, so muß er auch noch bei der Abwicklung der Geschäfte (§ 301) ohne besondere Entschädigung Dienst tun, wenn der Liquidationsvorstand es verlangt.

Ersatz von Auslagen und entgangenem Arbeitsverdienst für den Wahlausschuß.

4. **Nach Salzwedel.** Antwort: Die Frage, ob den Mitgliedern des Wahlausschusses (§ 11 der Musterwahlordnung) eine Vergütung für Auslagen und entgangenen Arbeitsverdienst gewährt werden kann, ist nicht unzweifelhaft. § 21 RVO. trifft nicht zu, weil er sich nur auf die eigentlichen Kassenorgane — Vorstand und Ausschuß — bezieht. Es kommt aber folgendes in Betracht: Eine Pflicht, die Berufung in den Ausschuß anzunehmen, läßt sich aus dem Gesetz nicht begründen. Deshalb würde, wenn die Annahme einer solchen Berufung mit Vermögensopfern verbunden wäre, die Gefahr bestehen, daß die Wahlausschüsse und somit die Wahlen nicht zustande kommen. Aus diesem Grunde würden wir es für statthaft erachten, den Mitgliedern die nachgewiesenen angemessenen Auslagen und den entgangenen Arbeitsverdienst zu ersetzen. Der Betrag gehört, wie andere Kosten der Wahl, zu den Verwaltungskosten, die aus Kassenmitteln bestritten werden können (§ 363).

Verlust der Mitgliedschaft bei einer Hilfskasse durch Verziehen aus dem Kassenbezirk.

5. **Nach Hannover.** Antwort: Es handelt sich um eine Frage der Auslegung der Satzung. Wenn nach der Satzung der Hilfskasse die Mitgliedschaft durch Verzug aus dem Kassenbezirk erlischt, sofern das Mitglied noch nicht drei Jahre der Kasse angehört hat, so ist das nach der Wortauslegung freilich etwas anderes, als wenn das Mitglied mit seinem letzten Monatsbeitrage insgesamt für drei Jahre Beiträge geleistet hat. Allein wir meinen, daß es der Absicht der Satzung entsprechen wird, daß schon in diesem Fall ein Ausschluß des Mitgliedes nicht stattfinden soll. Denn der Gedanke ist doch wohl der, daß diejenigen Mitglieder, die hinreichend lange Zeit zu dem Vermögen der Kasse beigetragen haben, nicht ohne weiteres ihr Anteilsrecht an diesem Vermögen, ihre Mitgliedschaft einbüßen sollen.

a) „Bezirk" einer Betriebskrankenkasse. b) und c) die Satzung kann nicht für die Versagung von Mehrleistungen Gründe aufstellen, die das Gesetz nicht vorsieht. d) Der Krankenschein als Ausweispapier?

6. **Nach Darmstadt.** Antwort: a) Es ist nicht richtig, daß es bei einer Betriebskrankenkasse keinen „Bezirk" gebe, und es ist verfehlt, sich darüber auf Hahn zu berufen, der doch S. 439 in Anm. 2 zu § 321 RVO.

Digitized by Google

ausdrücklich bemerkt: der Bezirk ergebe sich für Betriebskrankenkassen aus ihrem Betriebsgebiete, d. i. aus der Gesamtheit der dauernden räumlichen Veranstaltungen zu Zwecken des Betriebs („Kassenbereich"; vgl. §§ 348, 528 nebst Anm. bei Hahn). Danach ist es aber anderseits nicht korrekt, das Großherzogtum Hessen als Kassenbezirk zu bezeichnen. Denn diejenigen Orte (Ortschaften) innerhalb des Großherzogtums, an denen keine Betriebsveranstaltungen bestehen, können nicht zum Bezirk der Betriebskrankenkasse gehören.

b) Es ist unzulässig, weil die Gleichberechtigung der Kassenmitglieder verletzend, wenn die Satzung vorsieht, daß Wöchnerinnen, die dem Verbote der Beschäftigung zuwiderhandeln, keinen Anspruch auf die satzungsmäßige Mehrleistung an Wochengeld haben (vgl. Hahn S. 201, 202 Anm. 3a zu § 179 RVO.).

c) Aus demselben Grunde ist es unzulässig zu bestimmen, daß Mitglieder, die sich freiwillig weiterversichern, nur die Regelleistungen erhalten, wenn sie in eine niedere Lohnstufe übertreten (§ 313 Abs. 1 Satz 2). Das Gesetz bestimmt die Fälle, in denen vom Grundsatz der gleichmäßigen Behandlung aller Mitglieder abgewichen und eine Mehrleistung versagt werden darf (vgl. §§ 208, 450 Abs. 5, 462); die Kasse hat nicht das Recht, in der Satzung nach freiem Ermessen noch andere Versagungsgründe dieser Art aufzustellen.

d) Die Vorschrift „der Ueberbringer des Krankenscheins gilt als Bevollmächtigter" gehört jedenfalls nicht in die Satzung und ist deshalb mit Recht beanstandet. Denn die Kasse hat das Krankengeld dem Mitgliede oder seinem gehörig ausgewiesenen Vertreter zu zahlen. Was aber als gehöriger Ausweis gilt, bestimmt sich nach bürgerlichem Rechte. In den meisten Fällen wird man wohl nach den Umständen des Falles die Vorlegung des Krankenscheins als hinreichenden Beweis der Empfangsberechtigung ansehen können, aber die Kasse ist nicht befugt, zu bestimmen, daß dies ausnahmslos gelten soll. Insofern teilen wir nicht die Auffassung von Krug, hier S. 747 ff.

Bemessung der Kassenbeiträge für sechs oder für sieben Tage der Woche.

7. Nach Lörrach. Frage: Bei Feststellung der Satzungen für die neuerrichtete allgemeine Ortskrankenkasse wurde bestimmt, daß das Krankengeld allgemein für jeden Kalendertag (also auch für Sonntage) zu bezahlen sei. Als Ausgleich soll in gleicher Weise auch die Beitragserhebung erfolgen. Die Rechtmäßigkeit der Beitragsberechnung für sieben Tage in der Woche wird von der Oberbehörde angezweifelt und die dafür sprechenden Ausführungen in Nr. 9 der Monatsblätter für Arbeiterversicherung als nicht ganz zutreffend bezeichnet.

Antwort: Wenn die Kasse Krankengeld allgemein auch für Sonn- und Feiertage gewährt, so ist der ausgedrückte Zweifel vollständig unbegreiflich. Da alle Tage der Woche in gleicher Weise Leistungstage für die Kasse sind, muß sie auch befugt sein, den Beitrag bis zur Grenze von 4½ % des Grundlohns (§ 386 RVO.) für alle sieben Tage der Woche zu erheben. Jedenfalls ist nicht ersichtlich, welche gesetzliche Vorschrift oder logische Erwägung dem entgegenstehen sollte. Eher kann man einen Zweifel verstehen, wenn die Kasse für Sonn- und Feiertage nicht allgemein das Krankengeld zubilligt. Aber auch für diesen Fall ergibt sich aus dem Gesetze nichts anderes, als daß es eine ungleiche Bemessung der Beiträge durch stärkere Heranziehung derjenigen Mitglieder, für die jene Tage Arbeits- und folglich Krankengeldtage sind, zuläßt (§ 384 Abs. 3). Daraus folgt doch aber nicht, daß grundsätzlich für Sonn- und Feiertage Beiträge nicht erhoben werden dürfen, sondern nur daß ohne eine dem § 384 Abs. 3 entsprechende Vorschrift die Beiträge für alle Mitglieder, ohne Rücksicht darauf, ob sie an Sonntagen zu arbeiten haben oder nicht, nach gleichen Grundsätzen zu bemessen sind. Und da, vom Krankengeld abgesehen, sich die Kassenleistungen auf alle Tage der Woche beziehen, so muß auch in diesem Falle die Kasse den Beitrag bis zur Grenze von 4½ % für alle sieben Tage der Woche erheben dürfen.

Vorsitz im Ausschuß der Kasse. — Zuständigkeit der alten oder der neuen Kassenorgane. — Zuziehung von Stellvertretern.

8. Nach Fulda. Fragen: a) Wer führt in der ersten Ausschußsitzung nach Erledigung der Vorstandswahl und der Wahl des Vorsitzenden des Ausschusses den Vorsitz? der Vorstandvorsitzende oder der neugewählte Ausschußvorsitzende?

b) Beschließt der Ausschuß auch über diejenigen Punkte der Tagesordnung, die die Generalversammlung noch vorzunehmen hätte, z. B. Wahl des Ausschusses für die Prüfung der Rechnung (?) und über die neu abgeschlossenen vom 1. Januar 1914 laufenden Arztverträge?

c) In welcher Weise hat die Zuziehung von Ersatzleuten bei Verhinderung der aktiven Vertreter zu erfolgen? Z. B. am Tage der Sitzung wird ein Vertreter krank, derselbe teilt es der Kasse mit, muß die Kasse den an höchster Stelle des betr. Wahlvorschlags Stehenden noch benachrichtigen, oder ist eine entsprechende Frist einzuhalten?

d) Beschließt über die Dienstordnung der alte oder der neue Vorstand?

Antworten: Zu a) Sobald der Vorsitzende des Ausschusses gewählt ist, hat er die Leitung der Ausschußsitzung zu übernehmen.

Zu b) Wenn nicht etwa das Mandat der Generalversammlung gemäß Ziff. 2 der Bekanntmachung vom 8. November 1912 (Arb.-Versorgg. 1912 S. 840) bis zum 30. Juni 1914 verlängert ist, so gehen alle ihre Aufgaben mit Ablauf des 31. Dezember 1913 auf den neu gewählten Ausschuß über. Schon vorher hat dieser solche Aufgaben zu erledigen, welche die Durchführung der Neuordnung und solcher Einrichtungen betreffen, die erst mit dem 1. Januar 1914 oder später wirksam werden sollen. Das gilt auch für Verträge, die erst vom 1. Januar ab laufen. Verträge aber, die schon vor dem 1. Januar 1913 wirksam werden sollen, hat die Generalversammlung auch dann zu genehmigen, wenn sie über 1913 hinaus laufen. Die Abnahme der Jahresrechnung und ihre Vorprüfung kann erst nach Ablauf des Jahres erfolgen, ist also Sache des Ausschusses.

Zu c) Solange der Vorstand noch beschlußfähig ist, ist die Zuziehung eines Stellvertreters für ein vorübergehend behindertes Mitglied nicht gerade zwingend geboten, aber sachgemäß, wenn sie sich ohne Schwierigkeit gewerkstelligen läßt. Dies ist eine Sache pflichtmäßigen Ermessens des Vorsitzenden.

Zu d) Der neue Vorstand beschließt über die Dienstordnung, da diese doch nicht vor 1914 wirksam werden soll.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Dippe**, Geh. Justizrat **J. Hahn**, Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Hoffmann**, Geh. Reg.-Rat und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. **Laß**, Rat Dr. **Olshausen**, Geh. Hofrat Prof. Dr. **Rosin**, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. **K. Weymann**, Geh. Regierungsrat Dr. **Zacher** und anderen namhaften Fachmännern
herausgegeben von
A. Troschel.

XXXI. Jahrgang. **11. Januar 1914.**

Redaktion:	**Nr. 2**	**Verlag und Expedition:**
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung A. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Der Vorsitzende des Ausschusses der Krankenkasse.

Von **Friedr. Kleeis** in Halle a. S.

Die Reichsversicherungsordnung hat die Bestimmungen über das oberste Organ der Krankenkasse vielfach umgestaltet. Daß sein Name aus „Generalversammlung“ in „Ausschuß“ umgeändert und sein Umfang begrenzt worden ist (es dürfen ihm nur höchstens insgesamt 90 Mitglieder angehören) sind nur äußerliche und nebensächliche Dinge. In materieller Hinsicht ist es selbständiger und bedeutungsvoller geworden. So dürfen Mitglieder des Vorstandes nicht dem Ausschuß angehören; werden Ausschußmitglieder in den Vorstand gewählt, so scheiden sie aus dem Ausschuß aus. Hierdurch soll offenbar der Ausschuß mehr unbeeinflußt sein. Weiter hat das Gesetz die Zahl der Gegenstände, die dem Beschlusse des Ausschusses vorbehalten bleiben müssen, wesentlich vermehrt. Es sei erwähnt die Festsetzung des Voranschlags, die Beschlußfassung über Vereinbarungen und Verträge mit anderen Kassen usw. Im großen und ganzen ist dem Ausschusse die Beschlußfassung über alles vorbehalten, was nicht Gesetz, Satzung oder Dienstordnung dem Vorstand zuweist.

Die gesamte Organisation, die Zusammenberufung, die Art der Beschlußfassung muß nach § 321 Ziff. 5 durch die Satzung geregelt werden. Das Gesetz selbst enthält darüber so gut wie keine Vorschriften. Die amtliche Mustersatzung gibt denn auch eine Reihe Bestimmungen über die Organisation des Ausschusses. In § 81 heißt es z. B.:

„Der Ausschuß wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden mit einfacher Stimmenmehrheit. Bei Stimmengleichheit entscheidet das Los. Der Vorsitzende beruft zu seiner Unterstützung je einen Arbeitgeber- und einen Versichertenvertreter als Beisitzer und ernennt einen Schriftführer.“

Diese Vorschriften sind eine Folge der neuen weitgehenderen Selbständigkeit des Ausschusses. Dürfen ihm Vorstandsmitglieder nicht mehr angehören, so ist es auch nur selbstverständlich, daß er eine selbständige Leitung, einen eigenen Kopf hat. Die Art aber, wie das Musterstatut dafür sorgt, ist im höchsten Maße ungenügend. Dieses Gefühl hat offenbar auch der Zentralverband der Ortskrankenkassen im Deutschen Reiche gehabt, denn er hat den § 81 um einen Satz erweitert. Er hat die Bestimmung eingeschaltet: „Ist der erste Vorsitzende des Kassenvorstandes ein Arbeitnehmer, so soll in der Regel der Vorsitzende des Ausschusses ein Arbeitgeber sein und umgekehrt.“ Damit sind jedoch die Zweifelsfragen und Schwierigkeiten noch lange nicht gelöst.

Zunächst kann streitig sein, ob jede Ausschußsitzung von neuem einen Vorsitzenden wählt oder ob dieser auf die im § 16 der RVO. festgelegte Amtsperiode von vier Jahren

Digitized by Google

gewählt wird. Offenbar will die Mustersatzung letzteres. Es ist schon aus einer Reihe von praktischen Gründen nicht angängig, in jeder Versammlung die Wahl von neuem vorzunehmen. Dagegen will die Satzung ebenso offenersichtlich, daß die beiden Beisitzer und der Schriftführer in jeder Sitzung von neuem ernannt werden.

Diese ganze Regelung ist unpraktisch. Der Ausschuß müßte ein dauerndes komplettes Präsidium haben und nicht nur den ersten Vorsitzenden, sondern auch einen zweiten und einen Schriftführer auf die Zeit von vier Jahren wählen. Wer soll z. B. die Versammlung leiten, wenn der erste Vorsitzende verhindert ist, in ihr zu erscheinen? Soll dann aushilfsweise ein provisorischer Vorsitzender gewählt werden, oder soll der Vorsitzende des Kassenvorstandes auch im Ausschuß den Vorsitz führen? Beides wäre nicht mit der Satzung in Einklang zu bringen. Auch die Ernennung des Schriftführers kann nicht wechselnden Zufälligkeiten überlassen bleiben. Das Protokoll muß gewissenhaft geführt werden, weil es meist an die Behörde einzureichen sein wird wegen der Genehmigung dieser oder jener Beschlußfassung (Aenderung der Krankenordnung oder der Satzung usw.). Es erfordert also auch dieses Amt Uebung und Erfahrung. Die vom Zentralverband der Ortskrankenkassen vorgeschlagene Regelung müßte dahin ergänzt werden, daß der erste Vorsitzende des Ausschusses ein Arbeitgeber sein muß, wenn der erste Vorsitzende des Kassenvorstandes ein Versicherter ist, und folglich der zweite Vorsitzende des Ausschusses ein Versicherter zu sein hat, wenn der zweite Vorsitzende des Vorstandes ein Arbeitgeber ist. Auf diese Weise erhält jede Gruppe, Versicherte und Arbeitgeber, nicht nur im Vorstand, sondern auch im Ausschuß einen Vertrauensmann. Es ist auch für den Ausschuß sehr nötig, daß beide Gruppen einen derartigen Obmann besitzen; sie können die privaten Vorbesprechungen, die ja meist die Angehörigen jeder Gruppe vor der offiziellen Ausschußsitzung haben, einberufen und leiten. Solche Vorbesprechungen kürzen oft die Verhandlungen wesentlich ab und dienen zur Klärung von Streitfragen und Differenzen. Nur müssen zu diesen Vorberatungen sämtliche Vertreter jeder Gruppe ohne Rücksicht auf ihre Partei- und ähnliche Stellung eingeladen werden. Die beiden Vorsitzenden können als Vertrauensmänner ihrer Gruppe, wenn nötig, Ausgleichsverhandlungen pflegen. Die neue Allgemeine Ortskrankenkasse in Halle hat schon ähnliche Einrichtungen geschaffen. Sie hat einen ständigen zweiten Vorsitzenden des Ausschusses eingesetzt und die beiden Vorsitzenden dieser Körperschaft berufen nach Bedarf die Vertreter zu getrennten Besprechungen.

Im übrigen muß gesagt werden, daß nach den vorliegenden Mustersatzungen die Rechte und Befugnisse des oder der Vorsitzenden allzusehr beschränkt sind. Genau genommen haben sie nur die Sitzungen zu leiten. Die Einberufung der Sitzung, die Bestimmung des Versammlungslokals, die Aufstellung der Tagesordnung usw., soll Sache des ersten Vorsitzenden des Vorstandes sein (§ 80 der Mustersatzung). Der Ausschußvorsitzende muß sich also den einschlägigen Anordnungen des Vorsitzenden des Vorstandes fügen und hat keinen Einfluß darauf. Das ist jedenfalls nicht richtig. Es kann doch der Fall eintreten, daß der Ausschußvorsitzende selbst einen Gegenstand auf die Tagesordnung zu stellen hat, der sich gegen den Kassenvorstand richtet. § 80 Abs. 7 der Mustersatzung verpflichtet den Vorsitzenden des Vorstandes allerdings dazu, auch solche Tagesordnungspunkte aufzunehmen. Es kann sich hieraus aber doch Streitstoff entwickeln. Aehnlich ist es auch mit der Wahl des Versammlungslokals. Wer die Praxis kennt, weiß, daß über diese Frage — leider — oft recht tiefe Meinungsverschiedenheiten entstehen. Soll über diese Dinge wirklich der Vorsitzende des Vorstandes allein zu entscheiden haben? Wenn man schon nicht will, daß der Ausschußvorsitzende allein die Ausschußsitzung einberuft, so ist zum mindesten vorzusehen, daß die Einberufung gemeinsam vom Vorstands- und vom Ausschußvorsitzenden geschieht. Dazu ist allerdings eine Aenderung der Satzungen nötig.

Dürfen auch Mitglieder des Vorstandes dem Ausschuß nicht angehören, so soll doch, wie aus den Absätzen 4 und 5 der Mustersatzung hervorgeht, der Vorstandsvorsitzende der Ausschußsitzung beiwohnen. Dagegen wird man nichts einwenden können; es wird sogar gut sein, ihn zur Erteilung von Aus-

Digitized by Google

künften usw. zur Hand zu haben. Ob auch die übrigen Mitglieder des Vorstandes und der Kassenrendant zur Ausschußsitzung hinzugezogen werden, hängt vom Belieben des Vorsitzenden des Vorstandes ab. Warum soll auch über diese Frage der Ausschußvorsitzende nicht entscheiden oder wenigstens nicht mit entscheiden? Es ist selbstverständlich, daß wenn schon der Kassenvorsitzende und die Kassenvorstandsmitglieder an den Ausschußsitzungen teilnehmen, sie keine beschließende Stimme haben.

So gut wie es selbstverständlich ist, daß der Vorsitzende des Vorstandes ohne weiteres an den Ausschußsitzungen teilnimmt, so sollte es auch ermöglicht werden, daß der Ausschußvorsitzende zu gewissen Kassenvorstandssitzungen herangezogen wird. Wenigstens zu jenen, in denen die Dinge vorberaten werden, die der endgültigen Beschlußfassung des Ausschusses überlassen sind. Der Ausschußvorsitzende muß über diese Verhandlungsgegenstände vollständig unterrichtet sein. Will ein Vorsitzender eine Versammlung richtig leiten, so muß er die Beratungspunkte vollkommen beherrschen, sonst wird er ratlos dastehen und die Verhandlungen finden kein Ende. Diese Hinzuziehung des Ausschußvorsitzenden zu den Kassenvorstandssitzungen kann natürlich ohne eine dahingehende Bestimmung der Satzung durchgeführt werden.

Soll der Ausschußvorsitzende nicht nur eine Marionette sein, so darf nicht, wie es die Mustersatzung tut, auf halbem Wege stehen geblieben, sondern müssen die angeregten Befugnisse ihm noch eingeräumt werden. Die übrigen Fragen (Hausrecht, Entschädigung usw.) sind in der Mustersatzung zutreffend geregelt.

Das Verfahren vor den Gerichten für Angestelltenversicherung.

Von Rechtsanwalt **Bleeck** in Berlin.

Das Verfahren vor dem Rentenausschuß der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte ist kürzlich an dieser Stelle dargestellt worden (1913 S. 605 ff.). Der Rentenausschuß bildet ein Organ der Reichsversicherungsanstalt und wenn ihm auch eine gewisse Unabhängigkeit gewährt ist, so ist er doch kein Gericht für die Angestelltenversicherung im Sinne des Gesetzes[1]). Als Gerichte sind vielmehr nur die Schiedsgerichte und das Oberschiedsgericht anzusehen. Schiedsgerichte sollen nach Bedarf eingerichtet werden. Vorläufig besteht nur eins, in Berlin, mit der Zuständigkeit für das ganze Deutsche Reich. Das Oberschiedsgericht soll dauernd das einzige seiner Art bilden.

Die Zusammensetzung der Schiedsgerichte und des Oberschiedsgerichts ist im Versicherungsgesetz für Angestellte vorgeschrieben. Für das Verfahren sind die Spruchsachen von den Beschlußsachen zu unterscheiden. Das Verfahren vor dem Gerichte ist zum großen Teil im Gesetz selbst geregelt, zwei Kaiserliche Verordnungen vom 21. Juni 1913, — veröffentlicht im Reichsgesetzblatt 1913 Nummer 36 — geben einige Ergänzungen. Stets entscheiden die Gerichte in ihrer vollen Besetzung, während beim Rentenausschuß vielfach der Vorsitzende allein entscheidet. Nur wenn ein Rechtsmittel verspätet oder unzulässig ist, hat beim Schiedsgericht der Vorsitzende, beim Oberschiedsgericht der Vorsitzende in Uebereinstimmung mit dem Berichterstatter vorläufig über die Zurückweisung des Rechtsmittels zu befinden, doch ist die Anrufung der Entscheidung des voll besetzten Gerichts auch dann unzulässig. Außerdem entscheidet der Vorsitzende allein in einigen Fällen von geringerer Wichtigkeit, so bei der Frage der Erstattung von Reisekosten und Zeitverlust.

Gegen den Bescheid des Rentenausschusses auf einen Antrag, der auf eine Leistung der Reichsversicherungsanstalt ging, ist die Berufung an das Schiedsgericht zulässig. Ueber

[1]) Anmerkung der Redaktion: Dies halten wir für irrig. Daß der Rentenausschuß ein Organ der Reichsversicherungsanstalt ist, von der er errichtet wird, schließt nicht aus, ihn als Gericht anzusehen. Er ist es, soweit seine rechtsprechende Tätigkeit in Betracht kommt. Er entscheidet in Streitsachen in erster Instanz, und seine Urteile sind der Rechtskraft fähig.

Digitized by Google

die Berufungsfrist muß der Bescheid eine Belehrung enthalten. Die Berufung kann mündlich zu Protokoll oder schriftlich bei einer beliebigen inländischen Behörde oder bei einem Organ der Reichsversicherungsanstalt eingelegt werden — also auch bei einem Vertrauensmann. Wird er nicht bei dem Schiedsgericht selbst eingelegt, so hat die Behörde oder das Organ der Reichsversicherungsanstalt ihn sogleich an das Schiedsgericht abzugeben. Die Revision an das Oberschiedsgericht ist nicht in allen Fällen zulässig. Darüber, ob sie zulässig ist und in welcher Frist sie eingelegt werden muß, hat die Entscheidung des Schiedsgerichts eine Belehrung zu enthalten. Ausnahmsweise kann zur Entscheidung über die Berufung das Oberschiedsgericht kommen, wenn ein Schiedsgericht von einer amtlich veröffentlichten grundsätzlichen Entscheidung des Oberschiedsgerichts in einem Fall, in dem die Revision ausgeschlossen ist, abweichen will und die Sache deshalb an das Oberschiedsgericht abgibt. Sind dann der Vorsitzende des Oberschiedsgerichts und der Berichterstatter nach Abschluß der Ermittelungen darüber einig, daß die Entscheidung nicht mehr von der Entscheidung der Rechtsfrage abhängt, deretwegen die Abgabe erfolgt ist, wird die Sache an das Schiedsgericht zurückgewiesen.

Das Spruchverfahren auf Berufung beim Schiedsgericht und auf Revision beim Oberschiedsgericht ist mündlich und öffentlich. Nur aus Gründen der Sittlichkeit oder des öffentlichen Wohls kann die Oeffentlichkeit ausgeschlossen werden. Für die Ausschließung eines Milgliedes des Schiedsgerichts von der Verhandlung und für die Ablehnung gelten gleichartige Grundsätze, wie für den Zivilprozeß und Strafprozeß. Der Ort der Sitzung ist in der Regel der Sitz des Gerichts, zunächst also nur Berlin, doch kann der Vorsitzende eine Sitzung auch an andern Stellen innerhalb des Gerichtsbezirks, für das Oberschiedsgericht also stets innerhalb des ganzen Deutschen Reiches abhalten.

Von der Sitzung sind die Beteiligten oder ihre gesetzlichen Vertreter oder Bevollmächtigten eine Woche vorher — nur aus besonderen Gründen, die aktenkundig gemacht werden müssen, darf die Frist abgekürzt werden — zu benachrichtigen und zwar in der Regel durch eingeschriebenen Brief oder gegen Postzustellungsurkunde. Ist das persönliche Erscheinen eines Beteiligten angeordnet, so erhält er auch neben seinem Bevollmächtigten Nachricht. In diesem Falle werden ihm Reisekosten und Zeitverlust durch die Reise vergütet.

Die Vorbereitung der Verhandlung, besonders die Erhebung der erforderlichen Beweise liegt dem Vorsitzenden der Gerichte ob. Das Verfahren ist dabei dasselbe, wie vor dem Rentenausschuß.

Von den Beweiserhebungen außerhalb der Verhandlung, sind die Beteiligten zu benachrichtigen. Es steht ihnen frei, selbst oder durch Bevollmächtigte an den Beweiserhebungen teilzunehmen und Fragen an Zeugen und Sachverständige richten zu lassen oder selbst zu richten. Die Kosten der Teilnahme an der Beweiserhebung oder der Vertretung bei der Beweisaufnahme werden nur vergütet, wenn der Vorsitzende des Gerichts die Annahme des Vertreters gestattet oder die Ermächtigung zu der Reise vorher gegeben hat oder sie ausnahmsweise nachher genehmigt.

Gegen andere Entscheidungen des Rentenausschusses als die im Leistungsfeststellungs- oder Entziehungsverfahren ist, soweit sie nicht endgültig sind, die Beschwerde gegeben. Ueber sie entscheidet in der Regel das übergeordnete Schiedsgericht. Das Oberschiedsgericht entscheidet nur, wenn es sich bei Beitragsstreitigkeiten um die noch nicht feststehende Auslegung gesetzlicher Vorschriften von grundsätzlicher Bedeutung handelt und das Schiedsgericht die Sache auf Antrag eines der Beteiligten an das Oberschiedsgericht abgibt, oder wenn es von einer amtlich veröffentlichten grundsätzlichen Entscheidung des Oberschiedsgerichts abweichen will und aus diesen Gründen die Entscheidung dem Oberschiedsgericht überläßt. In dem Beschlußverfahren auf Beschwerde ist eine mündliche Verhandlung nicht vorgeschrieben. Sie findet nur auf Anordnung des Vorsitzenden oder auf Beschluß des Gerichts statt. Dann ist die Verhandlung öffentlich, über ihre Vorbereitung, über die Verhandlungszeit, die Anhörung der Beteiligten gelten dieselben Vorschriften wie für das Spruchverfahren. Sonst sind die Verhandlungen im Beschlußverfahren nicht öffentlich und die Beteiligten werden zu ihnen nicht zugezogen.

Digitized by Google

Für das Beschlußverfahren wie für das Spruchverfahren ist das Verfahren bei dem Schiedsgerichte das gleiche wie beim Oberschiedsgericht. Der einzige Unterschied ist der, daß beim Oberschiedsgericht ein Berichterstatter aus dem Kreise der Beisitzer oder mehrere vor der Verhandlung ernannt werden und daß die mündliche Verhandlung mit dem Vortrag des Sachverhalts durch einen Berichterstatter beginnt, während beim Schiedsgericht eine besondere Berichterstattung nicht vorgesehen ist und die einleitende Darstellung des Sachverhalts in der mündlichen Verhandlung vom Vorsitzenden oder in seinem Auftrag von einer beim Schiedsgericht beschäftigten Person gegeben wird.

Soweit Schiedsgericht und Oberschiedsgericht als erste Instanz fungieren, verfahren sie ebenso, wie im Beschlußverfahren auf Beschwerde.

Zur Bemessung der Kassenbeiträge nach der Reichsversicherungsordnung[1]).

Nach § 386 RVO. dürfen die Beiträge bei der Errichtung einer Krankenkasse nur dann höher als $4^1/_2$ % des Grundlohns festgesetzt werden, wenn es zur Deckung der Regelleistungen erforderlich ist. Der Grund dieser Vorschrift liegt darin, daß die beteiligten Versicherten bei der Errichtung der Kasse eine entscheidende Mitwirkung nicht ausüben können und daher vor übermäßiger Belastung mit Beiträgen durch Hinausgehen über die Regelleistungen geschützt werden müssen (zu vgl. die Begründung des Entwurfs des Krankenversicherungsgesetzes S. 38 zum entsprechenden § 31 Abs. 1). Die Satzung kann also zwar schon bei der Errichtung der Kasse zulässige Mehrleistungen nach Ermessen vorsehen, aber es darf zu ihrer Deckung nicht die Überschreitung des bezeichneten Höchstbetrags der Beiträge erforderlich sein.

Im Hinblick auf die Vorschriften im § 384 RVO. kann in Frage kommen, welche Beiträge in den Höchstbetrag von $4^1/_2$ % des Grundlohns einzurechnen sind. Eine ausdrückliche Bestimmung hierüber ist nur im Abs. 2 des § 384 enthalten, welcher die Kassen ermächtigt, für die Familienhilfe einen besonderen Zusatzbeitrag zu erheben, und vorschreibt, daß für diesen die §§ 381, 382, 385 bis 403, also auch der § 386, nicht gelten. Die Zusatzbeiträge dürfen also neben dem Höchstsatz von $4^1/_2$ % erhoben werden. Im übrigen sind die einzelnen Bestimmungen des § 384 nach ihrem Inhalt und Zwecke sowie nach dem Zwecke des § 386 darauf hin zu prüfen, ob diese allgemeine Vorschrift auf jene Sonderfälle anwendbar erscheint.

Abs. 1 des § 384 enthält zwei verschiedenartige Vorschriften: die Satzung kann 1. die Höhe der Beiträge nach den Erwerbszweigen und Berufsarten der Versicherten abstufen und 2. eine höhere Bemessung der Beitragsteile des Arbeitgebers für einzelne Betriebe zulassen, soweit die Erkrankungsgefahr erheblich höher ist. Der erste dieser beiden Fälle betrifft nur eine billige Verteilung der allgemeinen Beitragslast auf alle Beitragspflichtigen, auf die Arbeitgeber wie auf die Versicherten. Ein Grund, auf diesen Fall den § 386 nicht anzuwenden, liegt nicht vor. Das bedeutet, daß bei der Errichtung der Kasse die Beiträge auch in der höchsten Stufe nicht mehr als $4^1/_2$ % betragen dürfen, sofern eine Überschreitung dieses Satzes nicht zur Deckung der Regelleistungen erforderlich ist. Anders ist der zweite Fall zu beurteilen. Die Begründung (S. 222 zu § 414 des Entwurfs) weist darauf hin, daß es sich hierbei um Einzelfälle handle, welche die Satzung im voraus nicht zu übersehen vermöge; deshalb könne sie die Erhöhung für die Einzelbetriebe nicht selbst festsetzen, wie für Erwerbszweige und Berufsarten: vielmehr werde die Satzung nur dem Kassenvorstand eine Ermächtigung zu erteilen haben, die sie nach der Art der Fälle und den Grenzen der zulässigen Höherbelastung näher umschreiben müsse. Aus dieser Begründung ergibt sich, daß die den Arbeitgeber allein belastenden

[1]) Aus den „Monatsblättern für Arbeiterversicherung" 1913 Nr. 9.

Digitized by Google

Zuschläge in den Höchstsatz aus § 386 nicht eingerechnet werden können. Denn § 386 betrifft die in der Satzung zu bestimmende Höhe der Beiträge (zu vgl. § 321 Ziff. 3), während jene Zuschläge sich der Bestimmung durch die Satzung entziehen. Da sie nur dem Arbeitgeber zur Last fallen, trifft überdies auf sie auch der oben erwähnte gesetzgeberische Grund des § 386 nicht zu, der im Schutze der beteiligten „Versicherten" vor übermäßiger Belastung liegt. Dem Schutze der Arbeitgeber dient in diesem Falle der im § 384 Abs. 5 geordnete Beschwerdeweg gegen die Anordnung des Kassenvorstandes.

Erheblichere Zweifel können entstehen hinsichtlich des Verhältnisses des § 384 Abs. 3 zu § 386. Das Krankengeld ist nach § 182 Ziff. 2 im Falle der Arbeitsunfähigkeit regelmäßig nur für jeden Arbeitstag, also nur dann auch für Sonn- und Feiertage zu zahlen, wenn der Versicherte an ihnen nach der allgemeinen Ordnung des Betriebs oder Dienstes oder nach der besonderen Art seiner versicherungspflichtigen Beschäftigung zu arbeiten oder sich wenigstens zur Verfügung des Arbeitgebers zu halten hätte. Die Satzung kann aber das Krankengeld „allgemein" für Sonn- und Feiertage zubilligen (§ 191 Abs. 1). Macht sie von dieser Ermächtigung keinen Gebrauch, so kann sie nach § 384 Abs. 3 die Beiträge für solche Mitglieder, für welche die Sonn- und Feiertage Arbeitstage sind, entsprechend erhöhen. Die Begründung (S. 223 zu § 414 des Entwurfs) erwägt, daß es an sich billig sei, daß für diese Mitglieder für die höhere Leistung — nämlich für das ihnen auch für Sonn- und Feiertage zu zahlende Krankengeld — auch entsprechend höhere Beiträge erhoben werden; anderseits mache die Erhebung verschiedener Beiträge Umstände und pflege sich da nicht zu verlohnen, wo die Beschäftigten dieser Art nur einen geringen Bruchteil der Kassenmitglieder bilden. Die „höheren" Beiträge sind hiernach im Falle des § 384 Abs. 3 eigentlich nur die ordentlichen, genauer berechneten Beiträge. Deshalb würde es sich nicht rechtfertigen, den Mehrbetrag bei Anwendung des § 384 außer Betracht zu lassen; d. h. es dürfen nach § 386 auch die gemäß § 384 Abs. 3 erhöhten Beiträge $4^1/_2$ % nur dann überschreiten, wenn dies zur Deckung der Regelleistungen erforderlich ist.

Mit diesem § 384 Abs. 3 hängt noch eine andere Frage zusammen, nämlich die: ob im Sinne des § 386 die Wochenbeiträge auf $4^1/_2$ % des Grundlohns für sieben oder nur für sechs Tage der Woche festgesetzt werden dürfen. Die Beiträge sind nach § 385 in Hundertsteln des Grundlohns so zu bemessen, daß sie, die andern Einnahmen eingerechnet, für die zulässigen Ausgaben der Kasse ausreichen. Die Ausgaben der Kasse beschränken sich aber nicht auf die Werktage im Gegensatz zu Sonn- und Feiertagen. Auch wenn die Kasse nur die Regelleistungen, insbesondere also Krankengeld, nicht allgemein auch für Sonn- und Feiertage gewährt, hat sie doch die anderen Kassenleistungen für jeden Tag der Woche bereitzustellen und andere ihr obliegende Ausgaben (zu vgl. §§ 363, 364) zu bestreiten. Deshalb ist aus dem Zusammenhange des § 386 mit § 385 herzuleiten, daß der Wochenbeitrag auf siebenmal $4^1/_2$ % des Grundlohns bemessen werden darf. Dem steht § 384 Abs. 3 nicht nur nicht entgegen, sondern er unterstützt die dargelegte Auffassung. Denn er besagt nicht, daß für solche Mitglieder, für welche die Sonn- und Feiertage Arbeitstage sind, die Beiträge um ein Sechstel, sondern daß sie „entsprechend", d. h. in dem Verhältnis erhöht werden können, in welchem die Mehrleistung an Krankengeld für die bezeichneten Mitglieder zu den gesamten übrigen Kassenleistungen steht. Die Erhöhung kann also nur erheblich weniger als ein Sechstel der allgemeinen Beiträge betragen und nicht die Annahme rechtfertigen, daß diese im allgemeinen nur für sechs und lediglich für jene auch an Sonn- und Feiertagen Beschäftigten für sieben Wochentage berechnet werden. Vielmehr rechtfertigt § 384 Abs. 3 nur eine verhältnismäßige Erhöhung der allgemeinen Beiträge, welche für jeden der sieben Wochentage berechnet werden, aber — wie bereits ausgeführt — mit dieser Erhöhung den Betrag von $4^1/_2$ % nicht überschreiten dürfen.

Entsprechendes wie nach § 386 muß selbstverständlich auch gelten, wenn nach der Errichtung der Kasse eine Erhöhung der Beiträge auf mehr als $4^1/_2$ % nach §§ 387 bis 389 notwendig wird.

Digitized by Google

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Zur Gültigkeit von Stimmzetteln mit überflüssigen Zusätzen oder mit zu großer Zahl von Namen.

Urteil des **Preuß. Oberverwaltungsgerichts** vom 23. Oktober 1913.

Bei der klagenden Ortskrankenkasse hat am 23. Oktober 1911 die Neuwahl sämtlicher 123 Vertreter der Kassenmitglieder zur Generalversammlung stattgefunden. Nach dem Wahlprotokolle sind 803 Stimmen für die Liste der freien Gewerkschaft, 458 für die der christlichen Gewerkschaft und drei ungültige abgegeben worden, so daß der Wahlvorstand die Kandidaten der freien Gewerkschaft als gewählt bezeichnete. Dagegen ist von Vertretern der christlichen Gewerkschaft mit Berufung darauf Einspruch erhoben worden, daß auf den Stimmzetteln der freien Gewerkschaft nicht nur 123 Personen, sondern darunter noch 15 weitere, als „Ersatzmänner" bezeichnete Personen, äußerlich von den 123 ersten augenfällig getrennt, benannt waren; die Einspruchserheber bezeichnen diese Stimmzettel als ungültig, weil darauf eine größere als die zu wählende Zahl von Personen verzeichnet sei. Der Kassenvorstand, zur Aeußerung aufgefordert, erklärte die Beifügung der 15 Ersatzmänner daraus, daß mit Rücksicht auf den häufigen Wechsel der Kassenmitglieder die „Ersatzmänner" hätten gewählt sein sollen für den Fall, daß einige der in erster Linie bezeichneten 123 Personen zur Zeit der Wahl die Wählbarkeit nicht mehr besitzen sollten. Darauf verfügte der Oberbürgermeister als Aufsichtsbehörde unter dem 25. März 1912 an den Kassenvorstand:

„Nach § 38 Abs. 3 des Kassenstatuts erfolgt die Wahl durch Stimmzettel in der Weise, daß jeder Stimmberechtigte so viele Namen auf einen Stimmzettel schreibt, wie Mitglieder zu wählen sind. Nach einer Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts vom 3. Mai 1907 dürfen Wahlzettel, auf denen mehr Namen angegeben sind, als Personen zu wählen sind, bei der Zählung der Stimmen nicht berücksichtigt werden.

Im Hinblicke hierauf erkläre ich sämtliche Stimmzettel, welche mehr Namen enthalten, als Mitglieder zu wählen waren — also auch die Stimmzettel, auf denen die Ersatzmänner namhaft gemacht waren — für ungültig.

Ich ersuche nunmehr den Vorstand, das Weitere zu veranlassen und die Namen derjenigen Personen, welche nach den Gewählten die meisten Stimmen bei der Wahl erhalten haben, binnen 14 Tagen hierher mitzuteilen."

Gegen diese Verfügung hat der Kassenvorstand Klage erhoben und geltend gemacht:

Eine Ersatzwahl sei überhaupt nicht ausgeschrieben gewesen, also könne die Beifügung von Ersatzmännern nur den in seinem Berichte dargelegten Sinn haben. Der vom Beklagten angezogene Absatz 3 des § 38 des Kassenstatuts sei für die Vertreterwahlen ohne Bedeutung, da für diese nach § 50 Abs. 2 des Statuts nur die Absätze 4 bis 8 des § 38 maßgebend seien. Die vom Beklagten angeführte Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts vom 31. Mai 1907 (Bd. 51 S. 29 der amtlichen Sammlung) sei hier nicht anwendbar, weil es sich in ihr um etwas wesentlich anderes als hier, nämlich um Wahlen zu einer Gemeindevertretung handele; er, der Vorstand, sei auch gar nicht mehr in der Lage, diejenigen Namen festzustellen, die demnächst die meisten Stimmen erhalten haben. Der Bezirksausschuß hat die Klage abgewiesen. Auf Revision der Klägerin wurde diese Entscheidung und die Verfügung der Aufsichtsbehörde aufgehoben. Gründe:

Der Vorderrichter stützt die Ungültigkeit derjenigen Stimmzettel, die außer 123 an erster Stelle benannten Gewählten noch 15 „Ersatzmänner" benennen, auf zwei voneinander unabhängige Erwägungen. Die erste geht dahin, daß augenscheinlich ein Teil der Kassenmitglieder geglaubt habe, Ersatzwahlen vornehmen zu sollen. Diese Annahme ist aktenwidrig. Die Vorgänge enthalten für sie gar keine Grundlage. Auch die Schrift, durch welche die Wahl angefochten wird, ist nicht in diesem Sinne zu verwerten. Diese Aktenwidrigkeit bedeutet einen wesentlichen Mangel des Verfahrens. In zweiter Linie wird die Vorentscheidung auf die von jener ersten Erwägung unabhängigen Darlegung gestützt, es seien diejenigen Stimmzettel nicht mitzuzählen, die den Gewählten nicht deutlich bezeichnen; und zum mindesten sei nicht deutlich, in welcher Reihenfolge die sogenannten „Ersatzmänner" an die Stelle von nicht mehr wählbaren Personen treten sollten; auch daraus ergebe sich die Ungültigkeit der die Ersatzmänner benennenden Stimmzettel. Das ist rechtsirrig. Allerdings sind in der Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts vom 31. Mai 1907, Bd. 51 S. 29 der amtlichen Sammlung, Stimmzettel für ungültig erklärt worden, die statt der zu wählenden 15 Personen 16 bezeichneten, und es wird hinzugefügt: „Mochte auch die Hinzufügung des Namens des zum Beigeordneten gewählten W. bedeutungslos sein, so ist es doch mit einem ordnungsmäßigen Wahlverfahren nicht verträglich, daß Stimmzettel beachtet werden, die mehr Namen aufweisen als zu wählende Personen vorhanden sind."

Die Rechtsauffassung dieser Entscheidung konnte aber der Vorderrichter für den vorliegenden Fall nicht verwerten, ohne zu prüfen, ob nicht die zu beurteilenden Tatbestände eine wesentliche Verschiedenheit aufweisen. Im Falle der Entscheidung vom 31. Mai 1907 waren an Stelle der zu wählenden 15 Personen 16 durch eine gleichmäßige Bezeichnung benannt worden, ohne Hervorhebung von Merkmalen, an denen 15 als die in erster Linie gewählten hätten erkannt werden können, so daß keine Möglichkeit gegeben war, eine der 16 Personen als nach dem Willen der Wähler nicht oder erst in zweiter Linie in Betracht kommend auszuscheiden. Im vorliegenden Falle dagegen waren nicht lediglich an Stelle der zu

Digitized by Google

wählenden 123 Personen 138 Personen gleichmäßig und ohne unterscheidende Merkmale benannt, sondern es waren zunächst 123, also gerade soviel wie zu wählen waren, ohne Zusatz bezeichnet, und dann von diesen durch einen deutlichen Zwischenraum und die fettgedruckte Ueberschrift „Ersatzmänner" geschieden noch 15 Namen angefügt. Hiernach mußte nicht nur mit der Möglichkeit, sondern sogar mit der naheliegenden Wahrscheinlichkeit gerechnet werden, daß die Benennung der 15 Ersatzmänner einen anderen Sinn habe als die der vorher ohne Zusatz genannten. War das tatsächlich der Fall, so war damit die Möglichkeit beseitigt, den Grundsatz der Entscheidung vom 31. Mai 1907 ohne weiteres auf den vorliegenden Tatbestand zu übertragen, vielmehr die Notwendigkeit gegeben, selbständig zu prüfen, welche Bedeutung der Anfügung der 15 Ersatzmänner zukomme und welche Rückwirkung dieser Zusatz auf die vorher ausgesprochene Wahl der an erster Stelle benannten 123 Personen übe. Der Mangel dieser Prüfung bedeutet eine unrichtige Anwendung des geltenden Rechtes. Die Erwägung des Vorderrichters, es würde selbst vom Standpunkte der Klägerin aus „noch immer nicht aus dem Stimmzettel hervorgehen, in welcher Reihenfolge die ‚Ersatzmänner' eintreten sollten, und für welche etwa ausscheidenden Mitglieder, so daß aus den Stimmzetteln nicht deutlich hervorging, wer nach dem Willen der Wähler der Gewählte sein sollte", beseitigt diesen Mangel nicht, weil sie nicht begründet, daß und weshalb diese Unklarheit notwendigerweise den im übrigen vielleicht klaren Inhalt des Stimmzettels seiner Wirkung berauben müsse.

Die Vorentscheidung war daher aufzuheben.

Bei freier Prüfung erwies sich die Sache als spruchreif. Da § 38 Abs. 3 des Kassenstatuts nach § 50 Abs. 2 daselbst auf die Vertreterwahlen keine Anwendung findet, fehlt es überhaupt an einer grundlegenden allgemeinen Regel für die Vornahme dieser Wahlen. Bei Berücksichtigung des sonstigen Inhalts des Statuts und des Zweckes der Vertreterwahlen ergibt sich auch für diese als naturgemäßes sachliches Erfordernis, daß der Wähler die zu wählende Anzahl von Personen benennt; aber dies Erfordernis hat nicht die Bedeutung einer Formvorschrift. Bei Stimmzetteln, die eine größere Zahl von Namen enthalten, ist die damit verfolgte Absicht der Wähler zu ermitteln und, wenn sie einen klaren und zulässigen Sinn gibt, als rechtsgültig anzuerkennen. Die den Gegenstand des vorliegenden Rechtsstreites bildenden Stimmzettel können keinen anderen Sinn gehabt haben als den, welchen ihnen die Klägerin beilegt. Der Ausdruck „Ersatzmänner" ist dem Statute fremd. Die durch Ausscheiden von Vertretern während der Wahlperiode eintretenden Lücken werden nach § 50 Abs. 5 durch „Ergänzungswahlen" ausgefüllt. Um solche handelt es sich hier nicht; sie waren nicht ausgeschrieben, kamen auch gar nicht in Frage, da sämtliche Vertreter neu zu wählen waren. Danach ist die Angabe durchaus überzeugend, daß die als Ersatzmänner bezeichneten 15 Personen insoweit haben gewählt werden sollen, wie etwa der Bestand der vorher benannten 123 Personen schon am Tage der Wahl durch Wegfall der Wahlfähigkeit bei dem einen oder anderen von ihnen verringert sein werde.

Ob an sich, im allgemeinen oder unter gewissen Umständen, eine solche Wahl rechtswirksam ist, die bedingt für den Fall ausgesprochen wird, daß eine andere unmittelbar vorher unbedingt ausgesprochene Wahl nicht rechtswirksam werden sollte, braucht hier nicht erörtert zu werden. Denn auch wenn das unter irgendwelchen Voraussetzungen der Fall sein sollte, so ist doch im vorliegenden Falle die bedingte Erwählung der 15 als Ersatzmänner bezeichneten Personen um deswillen rechtsunwirksam, weil nicht erkennbar gemacht ist, in welcher Reihenfolge diese 15 in die etwa frei werdenden Stellen einrücken sollen, also der Wille der Wähler keinen klaren Ausdruck gefunden hat.

Daraus aber, daß die Beifügung der Ersatzmänner aus diesem Grunde unwirksam ist, folgt noch nicht, daß alle diesen Zusatz enthaltenden Stimmzettel im ganzen ungültig seien. Es ist nicht abzusehen, weshalb ein rechtlich für sich allein bedeutungsloser Vermerk auf einem Wahlzettel diesen Wahlzettel ohne weiteres und unter allen Umständen unwirksam machen sollte. Für die Gültigkeit eines Wahlzettels ist zu fordern, daß er den Willen des Wählers in klarer, deutlicher Form ausdrückt und daß dieser Wille einen zulässigen und dem Zwecke der Wahl entsprechenden Inhalt hat. Ist das der Fall, so wird an der Gültigkeit des Zettels nichts geändert, wenn er außerdem noch Vermerke enthält, die jenen zulässigen und klaren Inhalt nicht beeinträchtigen oder in Frage stellen. Das ist außer Zweifel, wenn es sich um Vermerke handelt, die mit der Wahlhandlung gar nichts zu tun haben; wenn z. B. ein Wähler den Wahlzettel benutzt, um Beleidigung der Gegenkandidaten darauf zu schreiben oder eine Karikatur darauf zu setzen. Nicht anders sind aber solche Vermerke zu beurteilen, die zwar auf das den Gegenstand des Wahlzettels bildende Wahlgeschäft Bezug haben, aber die Wahlerklärung weder hinsichtlich der Deutlichkeit noch in anderer Beziehung beeinträchtigen. Das ist auch der Fall bei solchen zusätzlichen Erklärungen, die ungültig und deshalb bedeutungslos sind, sofern ihre Streichung der im Zettel enthaltenen Wahlerklärungen keinen anderen Inhalt gibt als sie bei Berücksichtigung des ungültigen Zusatzes hat. Dieser Fall liegt hier vor. Wenn die Benennung

Digitized by Google

der Ersatzmänner rechtsunwirksam ist und als nicht geschrieben gilt, so wird dadurch der Wille, an erster Stelle und unter allen Umständen die zuerst benannten 123 Personen zu wählen, und der Ausdruck dieses Willens im Wahlzettel in keiner Weise berührt. Die mit dem ungültigen Zusatze versehenen Zettel sind deshalb, soweit die Wahl der 123 zuerst genannten in Frage kommt, ebenso gültig als wenn der Zusatz nicht darauf gesetzt worden wäre. Danach war die Verfügung des Beklagten vom 25. März 1912 aufzuheben.

(L.) **Streitigkeiten aus der Uebertragung von Rentenansprüchen (§ 119, Abs. 2 RVO.) sind von den ordentlichen Gerichten zu entscheiden.**

Revisionsentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 20. Oktober 1913 — IIa. E. 7/13. —

Die Vorinstanzen sind davon ausgegangen, daß es sich bei dem Streite zwischen den Parteien um einen nach dem 5. Buche der Reichsversicherungsordnung zu beurteilenden Ersatzanspruch des Armenverbandes E. gegen die Landesversicherungsanstalt B. handle, und haben von diesem Gesichtspunkt aus angenommen, daß die vorliegende Streitsache nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung zu entscheiden sei.

Diese Auffassung ist unzutreffend. Der Armenverband E. stützt seinen Anspruch gegen die Versicherungsanstalt nicht auf die den minderjährigen Geschwistern N. nach dem Tode ihres Vaters zu Händen ihrer Mutter gewährten Unterstützungen, sondern darauf, daß die Witwe N. als gesetzliche Vertreterin ihrer Kinder die diesen zustehenden Waisenrenten zur Deckung jener Unterstützungen mit Genehmigung des Versicherungsamts E. an ihn abgetreten hat. Der Rechtsgrund des geltend gemachten Anspruchs beruht daher nicht auf § 1531, sondern auf § 119 Abs. 2 RVO. Streitigkeiten aus § 119 Abs. 2 a. a. O. sind aber in dem durch die Reichsversicherungsordnung geordneten Verfahren nicht zu erledigen. Dieses Verfahren findet nur dann statt, wenn es sich um die Feststellung von Ansprüchen handelt, die in der Reichsversicherungsordnung unmittelbar geregelt sind. Das ist hier nicht der Fall. Der § 119 Abs. 2 a. a. O. spricht aus, daß die Ansprüche auf Versicherungsleistungen mit Genehmigung des Versicherungsamts auch in anderen als den im Abs. 1 a. a. O. genannten Fällen auf andere übertragen werden können, regelt also nur die Voraussetzungen der Uebertragung. Die Uebertragung selbst aber ist ein rechtsgeschäftlicher Akt, der sich nach den Vorschriften des bürgerlichen Rechts vollzieht und lediglich privatrechtliche Ansprüche begründet. Demgemäß sind Streitigkeiten aus einer solchen Uebertragung von den bürgerlichen Gerichten zu entscheiden (vgl. Lehmann, Kommentar zur Reichsversicherungsordnung Bd. V, Vorbem. vor § 1501).

B. Zur Krankenversicherung.

Uebergangsbestimmung, betreffend die hausgewerbliche Krankenversicherung.

Bekanntmachung des **Reichskanzlers** vom 20. Dezember 1913 (RGBl. S. 789).

Auf Grund des § 492 RVO. und des Art. 100 Einf.Ges. z. RVO. hat der Bundesrat folgendes bestimmt:

I.

1. Wollen ein Hausgewerbetreibender und seine versicherungspflichtigen hausgewerblich Beschäftigten oder einzelne von ihnen nach Art. 29 Einf.Ges. z. RVO. Mitglieder einer anderen als der gesetzlich zuständigen Kasse (gewählten Kasse) bleiben oder werden, so haben sie es dem Vorstand der anderen Kasse anzuzeigen. Die Mitgliedschaft bei der gewählten Kasse beginnt mit dem Eingang der Anzeige bei dieser Kasse.

Als gesetzlich zuständige Kasse im Sinne des Abs. 1 gilt die Landkrankenkasse der Betriebstätte des Hausgewerbtreibenden. An ihre Stelle tritt die allgemeine Ortskrankenkasse, wenn für die Betriebstätte des Hausgewerbtreibenden keine Landkrankenkasse besteht, oder wenn die hausgewerblichen Versicherungspflichtigen der allgemeinen Ortskrankenkasse nach § 236 Abs. 2 RVO. zugewiesen sind.

2. Die gewählte Kasse hat den Beitritt dem Vorstand der gesetzlich zuständigen Kasse unverzüglich mitzuteilen.

3. Die gewählte Kasse hat über die nach Art. 29 Einf.Ges. z. RVO. bei ihr versicherten hausgewerblichen Versicherungspflichtigen ein besonderes Verzeichnis nach § 4 der Bekanntmachung über Art und Form der Rechnungsführung der Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen vom 9. Oktober 1913 (Zentralblatt für das Deutsche Reich 1913 S. 1009) zu führen.

4. Der Hausgewerbtreibende hat für seine eigene Person die Beiträge allein zu tragen; im übrigen sind für die Versicherung dieser Mitglieder dieselben Bestimmungen anzuwenden wie für die

Digitized by Google

übrigen Mitglieder der gewählten Kasse. Die §§ 466—493 RVO. gelten für diese Mitglieder nicht; die Pflichten der Auftraggeber bleiben bestehen.

5. Die Kasse, an die der Auftraggeber die Zuschüsse zu zahlen hat (§§ 473, 477 RVO.), hat die bei ihr von dem Auftraggeber eingezahlten Zuschüsse an die für die Versicherung der Hausgewerbtreibenden gesetzlich zuständigen Kasse (Nr. 1 Abs. 2) abzuführen. Diese hat die Zuschüsse unverzüglich dem Hausgewerbtreibenden auf dessen Kosten auszuzahlen, sofern ihr weder dieser noch einer seiner hausgewerblich Beschäftigten angehört. Andernfalls behält sie die Zuschüsse, soweit diese nicht am Schlusse des Kalendervierteljahrs die Höhe der Beiträge übersteigen, die der Hausgewerbtreibende an sie in dem verflossenen Kalendervierteljahr zu zahlen hatte; einen Ueberschuß hat sie dem Hausgewerbtreibenden auf dessen Kosten auszuzahlen oder auf rückständige Beiträge zu verrechnen.

6. Ist der Hausgewerbtreibende gegenüber der von ihm oder einem seiner hausgewerblich Beschäftigten gewählten Kasse (Nr. 1 Abs. 1) mit Beiträgen im Rückstand, so kann diese insoweit von der gesetzlich zuständigen Kasse (Nr. 1 Abs. 2) Befriedigung aus den Zuschüssen verlangen, die dem Hausgewerbtreibenden selbst zustehen.

7. Der Austritt aus der gewählten Kasse ist, vorbehaltlich der Vorschrift des Art. 29 Abs. 2 Einf.Ges. z. RVO. jederzeit zulässig. Die Kasse hat den Austritt dem Vorstand der gesetzlich zuständigen Kasse (Nr. 1 Abs. 2) unverzüglich mitzuteilen.

II.

Solange und soweit eine für die Versicherung der hausgewerblichen Versicherungspflichtigen gesetzlich zuständige Kasse in ihrer Satzung noch keine Bestimmungen über die hausgewerbliche Krankenversicherung getroffen hat, erhebt sie für die hausgewerblichen Versicherungspflichtigen an Beiträgen zwei vom Hundert des Ortslohns; sie gewährt dann die Regelleistungen, wobei als Grundlohn der Ortslohn dient. Dies gilt nicht für die Fälle des § 488 RVO. und des Art. 29 Einf.Ges. z. RVO.

Betriebskrankenkassen der Post- und Telegraphenverwaltung.

Erlaß des **Reichskanzlers** vom 22. Juni 1913. (Preuß. HMBl. S. 609.)

Auf Grund des § 377 Abs. 3 RVO. vom 19. Juli 1911 (RGBl. S. 509) bestimme ich für den Bereich der Reichs-Post- und Telegraphenverwaltung folgendes:

Für die Postkrankenkassen werden die Aufgaben der Versicherungsämter den Kaiserlichen Oberpostdirektionen übertragen, falls es sich nicht handelt

a) um Sachen, die die Reichsversicherungsordnung dem Spruchverfahren überweist, oder
b) um die im § 405 Abs. 1 und 2 RVO. erwähnten Streitigkeiten, bei denen die Oberpostdirektion als Vertreterin des Arbeitgebers Partei ist.

Der Bezug von Ruhegehalt oder Hinterbliebenenversorgung wird durch Schließung einer Krankenkasse nicht berührt.

Erlaß des **Reichskanzlers** (Reichsamt des Innern) vom 26. November 1913 (HMBl. S. 620).

Der Verband der Bureauangestellten Deutschlands, Sitz Berlin, hat unterm 3. Oktober 1913 eine Eingabe an den Bundesrat gerichtet mit dem Antrag, Vorkehrungen dagegen zu treffen, daß solche Personen, welche bereits Ruhegehalt oder Witwen- oder Waisengeld von einer Krankenkasse beziehen, dieser Bezüge verlustig gehen, wenn die Kasse infolge der Neuordnung der Krankenversicherung geschlossen wird. Es sei bereits vorgekommen, daß „Ruhegehaltsempfängern der Rentenbezug aufgekündigt" worden sei.

Ein solches Verfahren ist nach meiner Auffassung unzulässig. Nach den §§ 299, 301 RVO. hat die Kasse vor ihrer Schließung ihre bestehenden Rechte und Pflichten gegenüber „anderen" abzuwickeln. Zu diesen „anderen" gehören auch die Beamten und Angestellten der Kasse (zu vgl. Begründung S. 193 zu § 312 des Entwurfs), ebenso sind zweifellos deren Hinterbliebene dazu zu rechnen. Die Abwicklung der Geschäfte diesen Personen gegenüber kann aber eine lange Zeit dauern und müßte dann nach § 301 Abs. 1 Satz 2 ein unerwünschtes Fortbestehen der Kasse zur Folge haben. Deshalb könnte meines Erachtens in Frage kommen, ob auf die Vorstände derjenigen Kassen, deren Schließung vom Oberversicherungsamte beschlossen ist, mit tunlichster Beschleunigung dahin einzuwirken wäre, daß sie ihre Verpflichtungen gegenüber Personen der genannten Art auf andere Krankenkassen oder auf Lebensversicherungsanstalten gegen eine entsprechende Einzahlung übertragen.

Zahntechniker und Krankenkassen (§ 123 RVO.).

Erlaß des **Preuß. Ministers des Innern** (an die Regierungspräsidenten und den Oberpräsidenten in Potsdam) vom 2. Dezember 1913 (GMBl. S. 638).

Im Einvernehmen mit den Herren Ministern für Handel und Gewerbe, für Landwirtschaft, Domänen und Forsten und der öffentlichen Arbeiten

Digitized by Google

erlasse ich zu § 123 RVO. die folgenden Ausführungsbestimmungen:

1. Als Zahntechniker im Sinne der Reichsversicherungsordnung ist anzusehen, wer
   a) das 25. Lebensjahr vollendet hat und unbescholten ist,
   b) eine dreijährige Lehrzeit bei einem Zahnarzt oder einem zuverlässigen Zahntechniker durchgemacht hat,
   c) nach der Lehrzeit vier Jahre als behandelnder Zahntechniker im Hauptberufe tätig gewesen ist,
   d) das Gewerbe des Zahntechnikers im Hauptberuf ausübt, sofern nicht Tatsachen vorliegen, die seine Unzuverlässigkeit in bezug auf das Zahntechnikergewerbe dartun.

In dem Zeitraume von fünf Jahren nach Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung bedarf es des Nachweises der ordnungsmäßigen Lehrzeit (zu b) nicht für Zahntechniker, die dieses Gewerbe mindestens während der letzten fünf Jahre selbständig im Hauptberuf ausgeübt haben.

Der Versicherungsträger hat die Namen derjenigen Zahntechniker, die zur Behandlung der Versicherten zugelassen werden sollen, dem für den Wohnort des Zahntechnikers zuständigen Versicherungsamt anzuzeigen und hierbei darzulegen, daß die obigen Voraussetzungen erfüllt sind, auf Erfordern des Versicherungsamts sind ihm die betreffenden Nachweise, Urkunden usw. vorzulegen. Das Versicherungsamt prüft die Angaben des Versicherungsträgers unter Anhörung des Kreisarztes. Erachtet es die Voraussetzungen nicht für vorliegend, so ist die Entscheidung des Vorsitzenden des Oberversicherungsamts einzuholen.

Gegen dessen Entscheidung steht dem Versicherungsträger die Beschwerde an die Minister des Innern und für Handel und Gewerbe zu.

Ist eine Landkrankenkasse oder eine landwirtschaftliche Betriebskrankenkasse Versicherungsträger, so ist die Beschwerde auch an den Minister für Landwirtschaft, Domänen und Forsten zu richten.

2. Ohne Zustimmung des Versicherten können Zahntechniker für Rechnung einer Krankenkasse selbständige Hilfe leisten, wenn nach der Entscheidung des Oberversicherungsamts die Voraussetzungen des § 370 RVO. bezüglich der Zahnärzte vorliegen, oder wenn die zahnärztliche Versorgung der Kassenmitglieder durch den Mangel an Zahnärzten so erschwert ist, daß die Beschränkung auf die Zahnärzte den berechtigten Anforderungen der Erkrankten nach der Entscheidung des Versicherungsamts nicht entsprechen würde. Das Versicherungsamt hat vor seiner Entscheidung den Kreisarzt zu hören.

3. Vorstehende Bestimmungen gelten für Knappschaftsvereine und besondere Krankenkassen (§ 5 des Knappschaftsgesetzes vom 17. Juni 1912) mit der Maßgabe, daß, insoweit Knappschafts-Oberversicherungsämter bestehen, deren Vorsitzende für die Entscheidung nach Nr. 1 Abs. 3 Satz 3 zuständig sind, und daß für die Entscheidung nach Nr. 2 darüber, ob die zahnärztliche Versorgung erschwert ist, an Stelle des Versicherungsamts das Oberversicherungsamt (Knappschafts-Oberversicherungsamt) tritt, welches von einer Anhörung des Kreisarztes absehen kann.

Für den Bereich der Betriebskrankenkassen der Staatseisenbahnverwaltung stehen dieselben Entscheidungsbefugnisse den für die Königlichen Eisenbahndirektionen errichteten besonderen Oberversicherungsämtern zu.

Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers bei Befreiung von der Versicherung der Dienstboten.

Erlaß des **Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe** vom 4. Dezember 1913 (HMBl. S. 623).

Da die endgültige Entscheidung über Anträge auf Befreiung der Dienstboten von der Versicherungspflicht nach §§ 435, 418 RVO. dem Oberversicherungsamte zusteht, und § 1799 a. a. O. die Möglichkeit bietet, eine Entscheidung des Reichsversicherungsamtes herbeizuführen, so muß ich dem Oberversicherungsamte die Stellungnahme zu der im Bericht aufgeworfenen Frage überlassen. Ich weise aber darauf hin, daß bei Prüfung der Anträge nach §§ 418, 435 a. a. O. die Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers im Interesse der Krankenkasse einer sorgfältigen Prüfung zu unterziehen ist, weil gemäß §§ 422, 435 a. a. O. die Kasse dem Befreiten auf Antrag die satzungsmäßigen Leistungen gewähren muß, wenn der Arbeitgeber die Krankenunterstützung nicht leistet. Inwieweit die Leistungsfähigkeit eines Arbeitgebers im Sinne des § 418 Abs. 2 Ziff. 2 a. a. O. durch eine Rückversicherung gehoben wird, hängt von dem Inhalte der Versicherungsbedingungen, u. a. auch davon ab, ob dafür Sorge getragen ist, daß die Rückversicherung in allen Fällen für die ganze Dauer der Befreiung wirksam bleibt.

Hilfskassen.

Erlaß des **Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe** vom 6. Dezember 1913 (S. 639).

Nach Art. 25 Einf.Ges. z. RVO. in Verbindung mit Art. 7 der Verordnung vom 5. Juli 1912 (RGBl. S. 439) werden die den eingeschriebenen Hilfskassen nach § 75a KVG. ausgestellten Bescheinigungen erst mit dem Ablaufe des 30. Juni 1914 ungültig, soweit die Kasse nicht schon vorher die Zulassung als Ersatzkasse erlangt hat (RVO. § 514). Danach bleiben die versicherungspflichtigen Mitglieder dieser Kassen noch bis zu jenem Zeitpunkte

Digitized by Google

von der Verpflichtung befreit, einer nach Maßgabe des Krankenversicherungsgesetzes errichteten Krankenkasse anzugehören (KVG. § 75). Die Befreiung erstreckt sich, wie sich nach der Absicht des Gesetzes von selbst ergibt, auch auf die auf Grund der Reichsversicherungsordnung errichteten Krankenkassen. Die Mitglieder solcher Hilfskassen sind daher — im Gegensatze zu den Mitgliedern der Ersatzkassen, für welche § 517 RVO. gilt — überhaupt nicht Mitglieder einer Krankenkasse im Sinne des § 225 RVO.; für sie besteht weder eine Meldepflicht, noch eine Pflicht zur Beitragsleistung des Arbeitgebers. Für die Leistungen der Hilfskasse bleiben die Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes maßgebend.

Bei dieser Sachlage ist bei jeder Aenderung der Satzung einer bisherigen eingeschriebenen Hilfskasse von neuem zu prüfen, ob die Kasse noch den Anforderungen des § 75 KVG. genügt. Genügt sie den Anforderungen nicht mehr, so muß die früher erteilte Bescheinigung widerrufen werden. Die Erteilung einer erneuten Bescheinigung ist nur noch bis zum 31. Dezember 1913 zulässig.

Anlangend die auf Grnnd landesrechtlicher Vorschriften errichteten Hilfskassen (§ 75 Abs. 4 KVG.), so ist für sie eine ähnliche Ausnahme, wie bei den früheren eingeschriebenen Hilfskassen, weder in der Reichsversicherungsordnung noch in dem Einführungsgesetze dazu vorgesehen. Eine Ausdehnung der Wirksamkeit der erteilten Bescheinigungen über den 31. Dezember 1913 hinaus findet nicht statt. Diese Bescheinigungen treten deshalb zugleich mit dem Krankenversicherungsgesetze mit dem Ablaufe des 31. Dezember 1913 außer Kraft.

Abänderung der Ausführungsanweisung zur Gewerbeordnung, betreffend Wandergewerbscheine und Erlaubnis zur Mitführung von Personen.

Erlaß der **Preuß. Minister für Handel usw., des Innern und der Finanzen** vom 13. Dezember 1913 (HMBl. S. 635).

1. Hinter Ziff. 63 Abs. 3 — in der Fassung des Erlasses vom 26. August v. Js. (HMBl. S. 467) — ist folgende Bestimmung als neuer Absatz (4) einzuschalten:

> Wer nach Empfang des Wandergewerbscheins über die angemeldete Zahl hinaus die Erlaubnis nach § 62 für andere in seinem Wandergewerbebetriebe Beschäftigte nachsucht, hat diese Personen durch Vermittlung der für die Erteilung der Erlaubnis zuständigen Behörde (Ziff. 66, 76) zur Krankenversicherung anzumelden (§ 459 Abs. 2 RVO.). Die Kassenbeiträge sind an diese Behörde zu zahlen, die sie unter Angabe des Antragstellers und des von ihm gezahlten Betrags an die Regierungs- (Polizei-) Hauptkasse abzuliefern hat; die vereinnahmten Beiträge sind von der Regierungs- (Polizei-) Hauptkasse spätestens am Schlusse des Jahresviertels an die zuständigen Krankenkassen portofrei abzuführen.

2. In Ziff. 68 Abs. 3 fallen die beiden letzten Sätze fort.

C. Zur Unfallversicherung.

§ 1608 Abs. 1 RVO. gilt auch, wenn sich das neue Verfahren nach der Reichsversicherungsordnung, das frühere Verfahren nach den alten Vorschriften richtet.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 25. Juni 1913.

Ein Unfallverletzter hatte die vom Oberversicherungsamte bestätigte Minderung der Teilrente von 20 auf 10 % durch Rekurs vom 24. August 1912 angefochten. Während das Rekursverfahren noch schwebte, hat die Berufsgenossenschaft durch Beschluß vom 22. März 1913 die Rente mit Wirkung vom 1. Mai 1913 aufgehoben. Da der Kläger gegen diesen Bescheid keinen Einspruch erhoben hat, war in erster Reihe zu prüfen, ob der neue Bescheid rechtskräftig und der Rekurs damit nach § 80 Abs. 1 Satz 1 in Verbindung mit § 69 Abs. 1 Ziff. 1b GUVG. unzulässig geworden war, oder ob etwa die Vorschrift des § 1608 Abs. 1 RVO. Anwendung fand, so daß der neue Bescheid durch den schwebenden Rekurs als angefochten galt. Das Reichsversicherungsamt hat letzteres aus den folgenden Erwägungen bejaht:

Die Wirkung des § 1608 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung besteht darin, daß jeder Bescheid, durch welchen eine Rente wegen Aenderung der Verhältnisse nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung neu festgestellt wird, bereits mit seinem Erlaß als angefochten gilt, wenn zur Zeit seines Erlasses noch ein Rechtsmittel gegen eine frühere Entscheidung über die Höhe der Rente schwebt. Diese Wirkung wird also durch den Erlaß des neuen Bescheids überhaupt erst ausgelöst und äußert sich unmittelbar auch nur ihm gegenüber, während sie das schwebende Verfahren nur mittelbar berührt. Bei dieser Sachlage bestehen gegen die Anwendung des § 1608 Abs. 1 auch auf solche Fälle keine Bedenken, in denen, wie im vorliegenden, das schwebende Rekursverfahren, insbesondere die Wirkungen der Rekursschrift, sich noch nach den Vorschriften des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes richten, das eine dem § 1608 Abs. 1 wesensgleiche Bestimmung nicht kennt.

Für die Anwendbarkeit des § 1608 Abs. 1 auf Fälle der vorliegenden Art ergibt sich aber noch ein weiterer wesentlicher rechtlicher Gesichtspunkt aus

Digitized by Google

der Fassung des Art. 92 Einf.Ges. z. RVO. Denn der Umstand, daß dieser Artikel ausdrücklich nur den § 1608 Abs. 2 Satz 2 der Reichsversicherungsordnung von der Anwendung auf Fälle ausnimmt, in denen das schwebende Verfahren noch nach altem Rechte, das neue nach der Reichsversicherungsordnung zu erledigen ist, läßt den Rückschluß zu, daß der Gesetzgeber den übrigen Vorschriften dieses Paragraphen für solche Fälle hat Geltung verleihen wollen. Diese Auffassung findet ihre Stütze sowohl in der Entstehungsgeschichte des Art. 92 (zu vgl. Bericht der sechzehnten Kommission über den Entwurf eines Einführungsgesetzes zur Reichsversicherungsordnung, Drucksachen des Reichstages Nr. 1052, zwölfte Legislaturperiode, zweite Session 1909/1911) als auch besonders in der Erwägung, daß es nicht in der Absicht des Gesetzgebers gelegen haben kann, den Versicherten, nachdem die erweiterte Rechtsmittelbelehrung des § 89 Abs. 1 GUVG. weggefallen und durch die wesentlich weitergehende Vorschrift des § 1608 Abs. 1 RVO. ersetzt worden ist, während der Übergangszeit in Fällen der vorliegenden Art keine dieser beiden Rechtswohltaten zukommen zu lassen.

Die Rückfahrt des Unternehmers nach seinem Grundstück gehört auch dann nicht zum landwirtschaftlichen Betriebe, wenn sie zum Zwecke der Verrichtung dringlicher Betriebsarbeiten erfolgt ist.

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 31. Mai 1913.

Die Klägerin hatte behauptet, bei einer Schlittenfahrt von S. nach P. infolge Umstürzens des Schlittens verunglückt zu sein; sie habe vorher in S. 14 Tage lang ihre damals entbundene Tochter gepflegt und die Rückfahrt angetreten, um beim Schlachten eines Rindes zu helfen und die Zubereitung des Fleisches zu leiten. Das Reichsversicherungsamt hat ausgesprochen, daß, selbst wenn diese Behauptung richtig sein sollte, sie nicht geeignet sei, die Haftung der beklagten Berufsgenossenschaft für die Folgen des Unfalls zu begründen.

Die Fahrt sollte die Klägerin wieder auf ihr landwirtschaftliches Grundstück zurückbringen, um sie angeblich in die Lage zu setzen, dort den Betrieb durch ihre Tätigkeit zu fördern. Handlungen, die den Zweck verfolgen, zu dem versicherten Betriebe zu gelangen, können aber noch nicht zu diesem Betriebe selbst gerechnet werden, selbst wenn beabsichtigt war, dort zu arbeiten. Das Reichsversicherungsamt verlangt vielmehr in ständiger Rechtsprechung als Voraussetzung für die Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaft, daß die Zweckbestimmung der unfallbringenden Tätigkeit unmittelbar auf den versicherten Betrieb gerichtet war, und daß die Tätigkeit selbst in diesem erfolgt. Davon kann im vorliegenden Falle ebensowenig die Rede sein, wie bei Wegen der Arbeiter von ihrer Wohnung zur Betriebsstätte und von dieser zur Wohnung, deren Zurechnung zum Betriebe das Reichsversicherungsamt abgelehnt hat (zu vgl. Handb. der Unfallversf. 3. Auflage Bd. I S. 109 Anm. 51 zu § 1 GUVG.).

Entscheidungen des Reichsversicherungsamts[1]).

Der Tag, von dem ab der Verletzte die bisherige Rente bezogen hat, ist für den Beginn der einjährigen Frist des § 88 Abs. 2 GUVG. auch maßgebend, wenn die bisherige Rente nicht durch Bescheid des Versicherungsträgers, sondern durch das Reichsversicherungsamt im Rekursverfahren wegen Aenderung der Verhältnisse festgesetzt worden ist (2656).

Ueber unzulässige Beiträge auf Wiederaufnahme des Verfahrens hat in Fällen des § 1731 Abs. 2 RVO. die zuständige Stelle mündlich und öffentlich zu verhandeln (2657).

§ 1608 Abs. 1 RVO. gilt auch, wenn sich das neue Verfahren nach der Reichsversicherungsordnung, das frühere nach den alten Vorschriften richtet (2658).

Die Heimreise des längere Zeit abwesenden Unternehmers nach seinen Grundstück gilt auch dann nicht als zum landwirtschaftlichen Betriebe gehörig, wenn sie zur Verrichtung dringlicher Betriebsarbeiten erfolgt (2659).

Kosten für Ueberweisung von Betrieben an eine andere Berufsgenossenschaft fallen der überweisenden zur Last (2660).

Weitere Beschwerde eines Unternehmers gegen seine Aufnahme in das Betriebsverzeichnis ist bei Versäumung der hierfür gewährten Frist nach neuem Recht (anders als bisher: Handb. der Unfallversf. I S. 447 Anm. 1 zu § 59 GUVG.) als verspätet zurückzuweisen (2661).

Die in der „Zwischenzeit" im Sinne der §§ 743, 744 RVO. erwachsenden Zinsen der Rücklage können ohne weiteres zur Deckung der laufenden Ausgaben verwendet werden (2662).

Die Entnahme von Mittel der Rücklage zur Abfindung von Ausländern ist nicht zulässig (2663).

Ob die Mitteilung der Unfallakten und insbesondere der darin enthaltenen ärztlichen Gutachten an Haftpflichtversicherungsgesellschaften eine „unbefugte" Offenbarung im Sinne des § 141 RVO. ist, unterliegt im Einzelfalle der Entscheidung des Strafrichters (2664).

Das Recht des Vorstandes einer Berufsgenossenschaft, von einem Mitgliede Beitragsvorschüsse einzufordern, ist auch gegeben, wenn das Mitglied zwar wiederholt, aber nur einmal nach Inkrafttreten der Satzungsbestimmung in Verzug geraten ist (2665).

---

[1]) Heft 11 der Amtl. Nachr. (v. 15. Nov. 1913). — Die Entscheidungen 2656, 2657, 2658, 2660, 2661, 2662 sind als „grundsätzliche" bezeichnet.

Digitized by Google

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Durch Art. 71 Abs. 2 Einf.Ges. z. RVO. ist die Hinterbliebenenfürsorge nicht ausgeschlossen, wenn zwar vor dem 1. Januar 1912 Krankenrente gewährt, aber erst nach dem 1. Januar 1912 dauernde Invalidität eingetreten ist.

Revisionsentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 19. September 1913.

Nach dem ausdrücklichen Wortlaut des Art. 71 Abs. 2 Einf.Ges. z. RVO. sind Hinterbliebene eines Versicherten von der Fürsorge nach dem Vierten Buche der Reichsversicherungsordnung nur dann ausgeschlossen, wenn der Versicherte am 1. Januar 1912 „dauernd" erwerbsunfähig war. Das Gesetz stellt also als Voraussetzung nicht schlechtweg das Bestehen von Erwerbsunfähigkeit am 1. Januar 1912 auf, sondern erfordert das Vorhandensein der „dauernden" Erwerbsunfähigkeit an diesem Tage und bringt dies klar und deutlich auch noch dadurch zum Ausdruck, daß es auf den § 5 Abs. 4 IVG. Bezug nimmt, der ausschließlich von der „dauernden" Erwerbsunfähigkeit handelt und deren Begriff in derselben Weise bestimmt wie § 1255 Abs. 1 und 2 RVO. Hiernach ist unzweifelhaft Art. 71 Abs. 2 des Einf.Ges. z. RVO. nicht für den Fall anwendbar, daß bei dem Versicherten am 1. Januar 1912 nur erst vorübergehende Erwerbsunfähigkeit bestanden hat, selbst wenn diese späterhin unmittelbar, ohne zeitweise Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit, in eine dauernde Invalidität übergegangen ist und zum Tode geführt hat. Hätte der Gesetzgeber beabsichtigt, auch für solchen Fall die Hinterbliebenenfürsorge zu versagen, so würde er nicht unterlassen haben, dies besonders hervorzuheben, wie er auch im Abs. 3 desselben Art. die beiden Fälle der Invalidität — der dauernden und der vorübergehenden — ausdrücklich nebeneinander behandelt, und zwar die vorübergehende unter Hinweis auf § 1255 Abs. 3 RVO. (zu vgl. die Kommentare zu Art. 71 Einf.Ges. z. RVO. von Hanow-Lehmann Anm. 4, und Düttmann Anm. 5, sowie Revisionsentscheidung 1703, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1913 S. 476). Da nun, wie die Akten ergeben und im übrigen unbestritten ist, bei dem verstorbenen Ehemanne der Klägerin die dauernde Erwerbsunfähigkeit erst nach dem 1. Januar 1912 eingetreten war, so findet hier Art. 71 Abs. 2 Einf.Ges. z. RVO. keine Anwendung. Hieran wird nichts dadurch geändert, daß der Verstorbene seit einer vor dem 1. Januar 1912 liegenden Zeit die Krankenrente bezogen hat und daß die spätere Umwandlung einer Krankenrente in die Invalidenrente, wie sie hier stattgefunden hat, nicht eine in jeder Hinsicht selbständig zu beurteilende neue Rentenbewilligung darstellt, die Krankenrente und die daran anschließende Invalidenrente also eine fortlaufende einheitliche Leistung bilden (zu vgl. Revisionsentscheidung 1657, auch 1638, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1912 S. 1188 und 939). Denn Art. 71 Abs. 2 Einf.Ges. z. RVO. hat lediglich das Bestehen oder Nichtbestehen dauernder Erwerbsunfähigkeit am 1. Januar 1912, dagegen nicht die Tatsache eines Rentenbezugs am 1. Januar 1912 als entscheidendes Merkmal für seine Anwendung aufgestellt.

Im Gemeindedienste Beschäftigten, denen ohne Angabe von Gründen gekündigt werden kann, ist die Anwartschaft auf Ruhegeld im Sinne des § 1234 Abs. 1 RVO. nicht gewährleistet.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 14. Oktober 1913.

Die Ansicht des Versicherungsamts, daß den im Dienste der Gemeinde St. beschäftigten Beschwerdeführern die Anwartschaft auf Ruhegehalt nach Maßgabe des § 1234 RVO. gewährleistet ist, geht fehl. Nach ihren Anstellungsbedingungen können die auf Grund eines Privatdienstvertrags beschäftigten Beschwerdeführer nach vorheriger vierwöchiger Kündigung ohne Angabe von Gründen entlassen werden". Damit ist eine genügende rechtliche Sicherung in den Versorgungsansprüchen nicht gegeben, mag auch an sich die Möglichkeit einer Kündigung nicht schlechthin der Gewährleistung der Anwartschaft entgegenstehen (zu vgl. Ziff. 26 Abs. 4 der Anleitung über den Kreis usw., Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1912 S. 721 ff.). Denn hier liegt es im freien, von anderer Stelle nicht nachprüfbaren Ermessen des Gemeindevorstandes, den Beschäftigten auch dann zu entlassen, wenn seine Führung hierzu einen Anlaß nicht bietet. Selbst wenn zurzeit dieses Kündigungsrecht schonend gehandhabt werden mag, so wird doch für die Zukunft dem Beschäftigten eine ausreichende Sicherheit gegen eine unverschuldete Entlassung nicht gewährt. An welche Voraussetzungen im einzelnen jenes Kündigungsrecht zu knüpfen ist, um eine Gewährleistung im Sinne des § 1234 RVO. zu sichern, bedarf hier nicht der Erörterung. Ein unbeschränktes Kündigungsrecht, wie es hier vorliegt, steht jedenfalls der Versicherungsfreiheit entgegen.

Digitized by Google

Der Antrag auf Gewährung der Witwenrente schließt den Antrag auf Gewährung des Anwartschaftsbescheids (§ 1743 RVO.) in sich.

Revisionsentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 23. September 1913.

Die Klägerin ist die Witwe des am 6. Dezember 1912 verstorbenen Zimmerpoliers B. Ihr Antrag auf Gewährung der Witwenrente wurde von dem Vorstand der beklagten Landesversicherungsanstalt abgewiesen, weil sie noch nicht invalide sei. Ihre Berufung wurde vom Oberversicherungsamte mit derselben Begründung zurückgewiesen. Eine Entscheidung darüber, ob — abgesehen von der Invalidität der Klägerin — die gesetzlichen Voraussetzungen der Witwenrente erfüllt seien und wie hoch sich die Rente für den Fall der Invalidität der Klägerin belaufen würde, ist nicht ergangen. Hierin liegt ein wesentlicher Mangel des Verfahrens. Der § 1743 RVO. bestimmt: „Erhebt eine Witwe, ehe sie invalide ist, Anspruch auf Grund der Hinterbliebenenversicherung, so wird auf ihren Antrag die Höhe ihrer Witwenrente festgestellt und die Witwe über ihr Recht belehrt, nach Eintritt der Invalidität ihren Anspruch auf Zahlung anzumelden (Anwartschaftsbescheid)." Allerdings ist ein Antrag auf Erteilung des Anwartschaftsbescheids von der Klägerin nicht ausdrücklich gestellt. Indessen liegt in dem Antrag auf Gewährung der Witwenrente zugleich das Verlangen, daß die sämtlichen Voraussetzungen des Witwenrentenanspruchs geprüft werden sollen. Indem die Witwe die Gewährung der Witwenrente nachsucht, bringt sie mithin zum Ausdruck, daß sie diese Voraussetzungen sämtlich für gegeben erachte. Der Anspruch auf Erteilung des Anwartschaftsbescheids ist daher nicht etwas „anderes" als der Anspruch auf Gewährung der Rente, sondern etwas „Geringeres"; denn er geht nur dahin, festzustellen, daß die Voraussetzungen der Witwenrente, mit Ausnahme des Erfordernisses der Invalidität, erfüllt seien. Es ist auch in hohem Maße sachdienlich, wenn bereits aus Anlaß des Anspruchs auf Gewährung der Rente nicht nur die Frage der Invalidität der Witwe geprüft wird, sondern zugleich auch für den Fall der Verneinung dieser Frage die sonstigen Voraussetzungen erörtert werden. Je eher nach dem Tode des Ehemanns die Erfüllung der Wartezeit und die Aufrechterhaltung der Anwartschaft (§ 1252 RVO.) sowie die Erfordernisse des Art. 71 Abs. 2 Einf.Ges. geprüft werden, desto größer ist die Aussicht auf erschöpfende Ermittlung des wirklichen Sachverhalts. Wollte man von der Witwe neben dem Rentenantrage, für den Fall der Ablehnung desselben mangels Invalidität, noch einen ausdrücklichen Antrag auf Erteilung des Anwartschaftsbescheids verlangen, so würde dadurch in vielen Fällen den rechtsunkundigen Witwen die Wohltat des § 1743 RVO. vorenthalten und der Zweck dieser Vorschrift, möglichst bald und daher auch mit möglichst hoher Aussicht auf den Erfolg der Ermittlungen die Voraussetzungen der Witwenrente zu prüfen, häufig vereitelt werden.

Nach alledem entspricht es dem Sinne und Zwecke der Vorschrift des § 1743, wenn in dem Antrag auf Gewährung der Witwenrente zugleich der Antrag erblickt wird, für den Fall der Verneinung der Invalidität der Witwe den Anwartschaftsbescheid zu erteilen (zu vgl. auch die nachstehende Revisionsentscheidung 1765 vorletzter Absatz).

In der Nichterteilung des Bescheids liegt hiernach ein wesentlicher Mangel des Verfahrens. Auf Grund des § 1715 RVO. sind daher das Urteil des Oberversicherungsamts und der Bescheid der Landesversicherungsanstalt aufgehoben und die Sache an den Vorstand der letzteren zurückgegeben worden. Der Vorstand wird unter Berücksichtigung der von der Klägerin in der Revisionsinstanz eingereichten Bescheinigungen von neuem zu prüfen haben, ob die Klägerin invalide ist, und für den Fall der Verneinung dieser Frage zwar den Rentenanspruch abzuweisen, zugleich aber in einem Anwartschaftsbescheide die sonstigen Voraussetzungen der Witwenrente und ihre Höhe zu erörtern haben (zu vergleichen Revisionsentscheidung 1698, Am Nachr. des Reichsversicherungsamts 1913 S. 442, sowie oben Revisionsentscheidungen 1761 A vorletzter Absatz und 1763 Abs. 4).

Der Aufenthalt im Ausland gilt nicht als freiwillig im Sinne des § 1313 Nr. 1 RVO., wenn ihn der Gesundheitszustand des Berechtigten zwingend erfordert.

Revisionsentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 11. Oktober 1913.

Mit Recht hat das Oberversicherungsamt den Aufenthalt der Klägerin in D. nicht als freiwillig im Sinne des § 1313 Nr. 1 RVO. erachtet. Bei der Prüfung dieser Frage ist davon auszugehen, daß der Gesundheitszustand der Klägerin den Aufenthalt in D. zwingend erfordert. Sie leidet nach dem Gutachten des Dr. J. vom 12. Februar 1912 an vorgeschrittener Lungentuberkulose, und nach diesem Gutachten in Verbindung mit dem sonstigen Inhalt der Akten muß angenommen werden, daß für die Klägerin nur ein Kuraufenthalt in D. als Heilmittel in Frage kommt. Ein solcher Aufenthal kann aber nicht als freiwillig im Sinne des § 1313 Nr. 1 a. a. O. gelten. Wenn er auch in gewissem Sinne freiwillig ist, so überwiegt doch die Zwangslage, in die der Rentenberechtigte durch die Rücksicht auf seine Gesundheit, also auf ein rechtlich anerkanntes und durch die Arbeiterver-

Digitized by Google

sicherungsgesetze besonders geschütztes Gut, versetzt ist. Die gegenteilige Auffassung würde auch zu Ergebnissen führen, die der Gesetzgeber nicht gewollt haben kann. So würden Ausländer nicht selten in ungerechtfertigter Weise besser gestellt sein als Inländer. Ein Inländer z. B., der seit dem Beginne der Invalidität aus zwingenden Gesundheitsrücksichten seinen gewöhnlichen Aufenthalt im Auslande nimmt und dort, solange er lebt, verbleiben muß, würde überhaupt keine Leistungen aus der Invalidenversicherung erhalten; dagegen müßte einem Ausländer im gleichen Falle nach § 1316 RVO. eine gewisse Abfindung gewährt werden. Auch ruht die Rente nicht, wenn der berechtigte Ausländer, abgesehen von den Fällen des § 1313 Nr. 2 a. a. O., z. B. auf Grund armen- oder fremdenpolizeilicher Maßnahmen aus dem Inland ausgewiesen wird und sich daher im Ausland aufhalten muß; denn dieser Aufenthalt könnte nicht als freiwillig im Sinne des § 1313 Nr. 1 a. a. O. gelten (zu vgl. die ähnliche Vorschrift des § 216 Abs. 1 Nr. 2 RVO. und dazu Kommissionsbericht 2. Teil S. 108 ff.). Es erscheint aber nicht gerechtfertigt, solche Ausländer im Rentenbezuge sowie auch hinsichtlich der Inländern nicht zu gewährenden Abfindung (§ 1317 Nr. 1 RVO.) besser zu stellen als Inländer, die aus zwingenden Gesundheitsrücksichten im Ausland weilen. Endlich kommt folgendes in Betracht: Wer wegen seines Gesundheitszustandes einen längeren und im Sinne des § 1313 Nr. 1 RVO. gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland nehmen muß, wird in der Regel schwerer erkrankt sein als jemand, der nur zu einem vorübergehenden Aufenthalt im Ausland genötigt ist und somit ein Recht auf den Fortbezug der Rente hat. Es kann aber im allgemeinen nicht als billig erachtet werden, schwerer Erkrankte im Rentenbezuge schlechter zu stellen als leichter Erkrankte. Wenn dies auch unter der Herrschaft des Invalidenversicherungsgesetzes nicht immer zu vermeiden war, so bietet doch jetzt die Aufnahme des in § 48 Abs. 1 Nr. 4 IVG. nicht enthaltenen Wortes „freiwillig" in § 1313 Nr. 1 RVO. die Möglichkeit, solchen Unbilligkeiten entgegenzutreten. Obwohl nun auch anzuerkennen ist, daß die Rentenkontrolle im Ausland gewissen Schwierigkeiten unterliegt, so kann hierauf doch gegenüber den dargelegten Erwägungen kein entscheidendes Gewicht gelegt werden, zumal da die Schwierigkeiten z. B. Ausländern gegenüber, bei denen ein Ruhen der Rente nicht eintritt und denen auch keine Abfindung nach § 1317 Nr. 1 RVO. gewährt wird, regelmäßig in höherem Maße bestehen.

Auch die Entstehungsgeschichte des § 1313 Nr. 1 RVO. kann zu keinem anderen Ergebnis führen. In dieser Richtung ist folgendes zu bemerken:

Der Entwurf zur Reichsversicherungsordnung schrieb in § 1301 vor, daß die Rente ruhe, solange der Berechtigte sich gewöhnlich im Ausland aufhalte, es sei denn, daß er es seiner Gesundheit wegen tue, und fügte eine Vorschrift über die Ueberwachung seines Gesundheitszustandes hinzu. Damit wollte der Entwurf, wie in der Begründung dargelegt ist, die Anwendbarkeit der Vorschrift es dem § 48 Ziff. 4 IVG. entsprechenden § 1301 des Entwurfs in der Richtung beschränken, daß Rentenempfänger, die aus Gesundheitsrücksichten im Ausland, insbesondere in ausländischen Kurorten zu weilen gezwungen sind, ihre Rente unverkürzt weiterbeziehen sollen, was einem aus der Mitte des Reichstags geäußerten, wohl begründeten Wunsche entspreche. Da für die Behandlung mancher Leiden, namentlich der Lungenschwindsucht in ihren Anfängen, der Aufenthalt in gewissen ausländischen Gegenden als besonders wirkungsvoll gelte, sei es nicht angezeigt, die Rente derer zu kürzen, die aus Gesundheitsrücksichten ihren Aufenthalt im Ausland nehmen (Begründung zum Entwurfe der Reichsversicherungsordnung S. 410 und 411).

In der ersten Kommissionslesung wurde zu § 1301 zunächst der Antrag Nr. 445 Ziff. 6 gestellt: „In § 1301 Zeile 2 nach „es" einzuschalten „nicht freiwillig" (Kommissionsbericht 4. Teil S. 128). § 1301 Satz 1 des Entwurfs in der Fassung dieses Antrags würde also gelautet haben: „Die Rente ruht, solange sich der Berechtigte gewöhnlich im Ausland aufhält, es sei denn, daß er es nicht freiwillig seiner Gesundheit wegen tut." Die Antragsteller zu Nr. 445 Ziff. 6 änderten aber zunächst ihren Antrag dahin ab: „In § 1301 Zeile 2 nach ‚gewöhnlich' einzuschalten ‚freiwillig'." In dieser Form gelangte dann der Antrag Nr. 445 Ziff. 6 in der ersten Kommissionslesung zur Annahme (Kommissionsbericht 4. Teil S. 128).

In der zweiten Kommissionslesung erhielt zunächst § 632 des Entwurfs (§ 615 RVO.), welcher in seiner in der ersten Kommissionslesung auf den Antrag Nr. 332 Ziff. 5 (Kommissionsbericht 3. Teil S. 86—88) eingeschalteten Nr. 3 vorschrieb, daß die Unfallrente ruhe, solange der berechtigte Ausländer nicht im Inland seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat, auf die Anträge Nr. 536 Ziff. 3 und 540 Ziff. 1 b in seiner Nr. 3 Unterabsatz 1 folgende Fassung: „Die Rente ruht, solange sich der berechtigte Ausländer freiwillig gewöhnlich im Ausland aufhält, es sei denn, daß sein Gesundheitszustand diesen Aufenthalt erforderlich macht; im letzteren Falle gilt Ziff. 2 entsprechend für den Berechtigten" (Kommissionsbericht 3. Teil S. 88 und 89). In dieser Fassung wurde § 632 des Entwurfs der für die

Digitized by Google

Ausländerfrage eingesetzten Subkommission überwiesen (a. a. O. S. 89), in der die Bestimmungen und Anträge über den Bezug von Renten im Ausland für die drei Zweige der Versicherung gemeinschaftlich beraten wurden (a. a. O. S. 67).

Hinsichtlich des § 632 Nr. 3 Unterabsatz 1 stellte die Subkommission den Antrag Nr. 820 Ziff. 2 a, die Worte: „es sei denn, . . . den Berechtigten" zu streichen (Kommissionsbericht 3. Teil S. 67 und 89). Dieser Antrag wurde von der Kommission in der zweiten Lesung angenommen (Kommissionsbericht 3. Teil S. 89). Zur Begründung dieses Antrags führte ein Vertreter der verbündeten Regierungen aus: „Der § 632 setze in Nr. 3 voraus, daß sich der berechtigte Ausländer ‚gewöhnlich' im Ausland aufhalte; diese Fassung sei gleichbedeutend mit der des § 94 Nr. 2 GUVG. Ein vorübergehender Aufenthalt im Ausland bewirke also noch nicht das Ruhen der Rente. Die bisherige Praxis des Reichsversicherungsamts sei bei Ausmessung des Zeitraums, der noch als vorübergehender Aufenthalt im Ausland gelten könne, sehr entgegenkommend verfahren. Ein vorübergehender Aufenthalt im Ausland sei nicht nur regelmäßig bei mehrmonatlichem Aufenthalt in einem ausländischen klimatischen Kurort, sondern beispielsweise auch in einem Falle angenommen worden, in welchem ein Berechtigter zu einem zweijährigen Besuch bei Verwandten nach Tsingtau gereist sei (Revisionsentscheidung 1253, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1906 S. 286). Ein besonderer Vorbehalt zugunsten des Fortbezugs der Rente in solchen Fällen sei also nicht nötig" (Kommissionsbericht 3. Teil S. 71 und 72).

Diese zunächst nur auf den § 632 Nr. 2 des Entwurfs in der von der Subkommission vorgeschlagenen Fassung sich beziehenden Ausführungen gelten sinngemäß auch für die von der Subkommission beantragte Fassung des § 1301 des Entwurfs. Denn der gleiche Regierungsvertreter führte weiterhin aus, daß § 1301 das Ruhen der Rente im wesentlichen nach den gleichen Gesichtspunkten wie in der Unfallversicherung regele (Kommissionsbericht 3. Teil S. 72 unten). Bezüglich des § 1301 Nr. 1 des Entwurfs wurde von der Subkommission der berichtigte Antrag Nr. 821 Ziff. 4 gestellt, dieser Vorschrift den Wortlaut zu geben: „Die Rente ruht, solange der Berechtigte sich freiwillig gewöhnlich im Ausland aufhält" (Kommissionsbericht 3. Teil S. 69, 4. Teil S. 128). In dieser Fassung wurde § 1301 sodann von der Kommission in der zweiten Lesung angenommen (Kommissionsbericht 4. Teil S. 129).

Hieraus ergibt sich, daß der durch Gesundheitsrücksichten bedingte Aufenthalt im Ausland zunächst als nicht freiwillig angesehen wurde (zu vgl. die erste Fassung des Antrags Nr. 445 Ziff. 6.) Wenn diese Auffassung vielleicht auch nicht streng festgehalten worden ist, so folgt doch daraus noch nicht, daß man auch einen auf zwingenden Gesundheitsrücksichten beruhenden Aufenthalt im Ausland als freiwillig ansehen wollte. Hierfür spricht auch nicht der Umstand, daß der ursprüngliche Vorbehalt der Rentenfortdauer bei einem aus Gesundheitsrücksichten erfolgenden Auslandaufenthalt im Laufe der Verhandlungen gestrichen worden ist. Das scheint nach den Ausführungen des Regierungsvertreters zu dem Antrage Nr. 820 Ziff. 2 a deshalb geschehen zu sein, weil man einen solchen Vorbehalt mit Rücksicht auf die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts nicht für erforderlich hielt. Diese Ansicht wurde jedoch den tatsächlichen Verhältnissen nicht völlig gerecht. Denn das Reichsversicherungsamt hat das Ruhen der Rente auch bei einem durch Gesundheitsrücksichten bedingten gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland angenommen, und es hat einen solchen Aufenthalt schon dann für vorliegend erachtet, wenn der Aufenthalt im Ausland nicht ganz zwei Jahre gedauert hatte (zu vgl. Revisionsentscheidung 1183, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1905 S. 279). Bei dieser Sachlage kann dahingestellt bleiben, ob das Wort „freiwillig" in den § 1313 Nr. 1 RVO. aus ähnlichen Erwägungen aufgenommen worden ist wie in den obenerwähnten § 216 Abs. 1 Nr. 2 a. a. O. (zu vgl. hierüber Kommissionsbericht 4. Teil S. 128). Durch die Aufnahme jenes Wortes in die letztere Vorschrift wollte man verhüten, daß Ausländer, die aus anderen Gründen als wegen einer strafgerichtlichen Verurteilung das Reichsgebiet verlassen müssen, ihre Ansprüche an den Versicherungsträger verlieren (zu vgl. Kommissionsbericht 2. Teil S. 108 ff.). Mag man diese Fälle auch in erster Linie von dem Ruhen der Rente haben ausschließen wollen, so kann doch der Begriff der Unfreiwilligkeit des Aufenthalts nicht auf jene Fälle beschränkt werden. Denn der für die Auslegung des Gesetzes zunächst maßgebliche Wortlaut des § 1313 Nr. 1 a. a. O. enthält eine solche Beschränkung nicht, und sie würde auch aus den oben dargelegten Gründen zu Ergebnissen führen, die das Gesetz nicht gewollt haben kann (zu vgl. auch Hanow-Lehmann, Kommentar zur Reichsversicherungsordnung, Anm. 5 zu § 1313, Weymann ebenda, Anm. 2 zu § 1313, Hoffmann ebenda, Anm. 10 zu § 216; dagegen Moesle-Rabeling ebenda, Anm. 18 zu § 615, Düttmann ebenda, Anm. 6 und 7 zu § 1313).

Digitized by Google

Entscheidungen des Reichsversicherungsamts [1]).

Durch Art. 71 Abs. 2 Einf.Ges. z. RVO. ist die Hinterbliebenenfürsorge nicht dann ausgeschlossen, wenn zwar von dem 1. Januar 1912 Krankenrente gewährt, aber erst nach dem 1. Januar 1912 dauernde Invalidität eingetreten ist (1759).

Eine auf Grund des preußischen Gesetzes, betreffende die Fürsorge für Beamte infolge von Betriebsunfällen gewährte Pension ist nicht als reichsgesetzliche Unfallrente im Sinne des § 1311 RVO. zu erachten (1760).

Wenn das Revisionsgericht die Bewilligung oder die Entziehung der Invalidenrente an sich für einwandfrei erachtet, so darf es die Entscheidung über Beginn und Höhe der Rente oder über den Zeitpunkt des Rentenwegfalls gemäß § 1707 mit § 1696 Ziff. 1 RVO. nicht abändern (§ 1761).

Der Aufenthalt im Auslande gilt nicht als freiwillig im Sinne des § 1313 Ziff. 1 RVO. (betreffend das Ruhen der Rente), wenn er durch den Gesundheitszustand des Berechtigten geboten ist (1762).

Das Oberversicherungsamt, das den von der Versicherungsanstalt abgelehnten Anspruch auf Rente anerkennt, muß von Amts wegen gleichzeitig zu der durch den Akteninhalt nahegelegten Frage nach dem Ruhen der Rente Stellung nehmen. — Das Durchgreifen eines Revisionsgrundes hat die Aufhebung des Berufungsurteils im ganzen Umfang zur Folge und beseitigt damit die bindende Kraft der tatsächlichen Feststellungen (1763).

Der Antrag auf Gewährung der Witwenrente schließt den Antrag auf Gewährung des Anwartschaftbescheides (§ 1743 RVO.) in sich (1764).

Im Rentenfeststellungsverfahren ist die vom Rentenbewerber behauptete Invalidität nicht von diesem zu beweisen, sondern von Amts wegen klarzustellen (1765).

Die Vorschrift des § 15 Abs. 2 Satz 2 JVG. über Zusammentreffen von Unfall- und Invalidenrente ist in § 1522 Abs. 1 RVO. ohne Rechtsänderung übergegangen (1766).

Wird statt der Bevollmächtigten lediglich die Partei selbst von der mündlichen Verhandlung benachrichtigt, so leidet das Verfahren des Oberversicherungsamts an einem wesentlichen Mangel (1767).

[1]) Heft 11 der Amtl. Nachr. (v. 15. Nov. 1913). — Die Entscheidungen 1759 bis 1765, 1768 bis 1772 sind als „grundsätzliche" bezeichnet.

Der tatsächlichen Beitragsleistung im Sinne des Art. 74 Einf.Ges. z. RVO. steht die vor dem 1. Januar 1913 gemäß § 1444 Abs. 1 Ziff. 2 RVO. erfolgte Bereiterklärung zur Nachentrichtung von Beiträgen gleich (1768).

Im Gemeindedienste Beschäftigten, denen nach dem Vertrag ohne Angabe von Gründen gekündigt werden kann, ist die Anwartschaft auf Ruhegeld im Sinne des § 1234 Abs. 1 RVO. nicht gewährleistet (1769).

Der § 1799 RVO. (betr. Abgabe der weiteren Beschwerde an das Reichsversicherungsamt) gilt auch bei Rechtsnormen, die in Ausführungsbestimmungen niedergelegt sind, insbesondere also auch wenn der Beschwerdegang nur auf einer Ausführungsvorschrift beruht. — Der Abs. 3 des § 1669 RVO. (betr. Vergütung für persönliches Erscheinen) betrifft nur den Fall, daß eine Vergütung im Termin nicht gezahlt ist und erst nachträglich gefordert wird (1770).

Streitigkeiten über das, was dem Versicherten selbst beim Heilverfahren zu gewähren ist, z. B. Reisekosten, sind nicht nach § 1273 vom Oberversicherungsamt, sondern im Aufsichtswege zu entscheiden (1771).

Nach Art. 3 des deutsch-italienischen Abkommens vom 31. Juli 1912 (Amtl. Nachr. 1913 S. 379) sind auch die nach der Antragstellung für vor ihr liegende Zeiten entrichteten Invalidenversicherungsbeiträge zur Hälfte an die Cassa Nazionale di Previdenza abzuführen (1772).

Der Beschluß des Oberversicherungsamts, die Sache gemäß § 1799 RVO. an das Reichsversicherungsamt abzugeben, ist nebst der Begründung den Parteien mitzuteilen (1773).

Im allgemeinen genügt es, wenn die Oberversicherungsämter den Versicherungsträgern bei Anforderung der nach § 80 Abs. 2 RVO. zu entrichtenden Pauschbeträge die Zahl der erledigten Sprechsachen und den hiernach zu erstattenden Gesamtbetrag mitteilen; doch haben die Oberversicherungsämter, wenn sich hierbei Unstimmigkeiten ergeben, bei deren Aufklärung mitzuwirken und die dadurch entstehenden Kosten selbst zu tragen (1774).

Die Auslagen der Versicherungsämter bei ihrer Tätigkeit nach Ziff. 19 und 20 der Preuß. Anweisung für die Quittungskartenausgabe vom 20. November 1911 (Amtl. Nachr. 1912 S. 336 ff.) sind nicht von den Versicherungsanstalten zu erstatten (1775).

Digitized by Google

E. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Schadenersatzpflicht wegen Verstoßes gegen Unfallverhütungsvorschriften.

Nach einem Urteile des **Reichsgerichts**, 6. Zivils. vom 6. Oktober 1913.

Ein Verstoß gegen die Unfallverhütungsvorschriften der Berufsgenossenschaften stellt zwar keinen Verstoß gegen ein Schutzgesetz dar, es ist darin aber regelmäßig eine strafrechtliche Fahrlässigkeit zu erblicken. Die nach § 112 GUVG. erlassenen Unfallverhütungsvorschriften der Berufsgenossenschaften sind keineswegs bloße Anweisungen und Ratschläge an die Betriebsunternehmer für die zu treffenden Vorsichtsmaßregeln. Sie sind vielmehr Vorschriften, die für die Mitglieder bindend sind, derart, daß sie zur Befolgung der Anordnungen durch Zwang angehalten und wegen deren Übertretung von den Genossenschaften mit Strafe belegt werden können. Sind sie auch keine Schutzgesetze im Sinne des § 823 Abs. 2 BGB., so trifft doch, wenn durch ihre Außerachtlassung ein Betriebsfall herbeigeführt wird, in der Regel den Betriebsunternehmer der Vorwurf strafrechtlicher Fahrlässigkeit und Verantwortlichkeit. Hier spricht also schon eine tatsächliche Vermutung dafür, daß die Beklagte die Körperverletzung ihres Lehrlings fahrlässig im Sinne des § 230 Abs. 2 StGB. verschuldet hat, sofern für sie voraussehbar war, daß das Fehlen der Räderverkleidung überhaupt zu einer Verletzung der an der ungeschützten Drehbank beschäftigten Arbeiter führen konnte, während es dagegen nicht erforderlich ist, daß der schädigende Erfolg auch in allen seinen ursächlichen Einzelheiten bestimmt vorausgesehen werden konnte.

(„Recht" 1913 Nr. 3182.)

Zum Begriff des Raufhandels.

Aus einer Entscheidung des **Reichsgerichts**, 7. Zivilsenat vom 7. März 1913.

Nach § 3 d der allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten u. a. nicht als Unfälle Körperbeschädigungen, die der Versicherte bei Beteiligung an einem Raufhandel erleidet. Dagegen sind Körperbeschädigungen bei rechtmäßiger Verteidigung nach § 4 in die Versicherung eingeschlossen. Die Revision meint, selbst nach den Feststellungen des Kammergerichts habe P. sich an einem Raufhandel beteiligt. Er habe den ganzen Streit vom Zaune gebrochen, indem er aus Anlaß einer unbegründeten Beschwerde seiner Tochter den Zeugen M. in beleidigender Weise anfuhr. Wenn M. anscheinend ein besonders heftiger Mensch, ihm darauf zu Leibe ging, so sei das nur die Folge der rechtswidrigen Handlungsweise des P. Veranlasser eines Raufhandels sei auch, wer durch Beleidigung eines anderen einen Streit hervorrufe, der in Tätlichkeiten ausarte. Ob sich der Beleidiger dann in bloßer Verteidigung befinde, sei unerheblich. Diese Ausführungen gehen fehl. Allerdings hat P. vorher zu M. gesagt, wenn er zugegen gewesen wäre, würde er ihm eins runtergelangt haben. Dies mag die Handlungsweise des M. gegenüber seinem Dienstherrn P. etwas milder erscheinen lassen, keinesfalls kann jedoch wegen jener Aeußerung der Angriff des M. als berechtigt oder P. als Teilnehmer an einem Raufhandel und seine Verletzung als von ihm mitverschuldet angesehen werden.

(„Das Recht" 1913, Entsch. Nr. 3079.)

Anmerkung: Ebenso würde im Gebiete des Reichsversicherungsrechts nach §§ 192, 1394 zu urteilen sein.

Die in gewerblichen Betrieben — wie z. B. einem „Reinigungsinstitute" — beschäftigten „Dienstboten" u. dgl. gehören nicht zum „Gesinde".

Entscheidung des **Gewerbegerichts Berlin** vom 18. April 1912.

Die Klägerin war von der Beklagten, die gewerbsmäßige Stellenvermittlerin ist und ein Institut für Wohnungsreinigung betreibt, als „Mädchen für Alles" gegen Lohn und freie Wohnung angenommen; sie wurde in fremde Häuser zu Reinigungsarbeiten geschickt und hatte den dort gezahlten Lohn an die Beklagte abzuliefern. Ihrer Klage auf Restlohn und Zeugnis setzte Beklagte den Einwand der Unzuständigkeit des Gewerbegerichts — vergeblich — entgegen. Der Einwand wurde für unbegründet erachtet.

Aus den Gründen:

Das Gesindeverhältnis verpflichtet den Arbeitnehmer zu Diensten im Haushalt oder in der Wirtschaft des Arbeitgebers. Gesindeordnung § 1. Die ganze Struktur dieses Rechtsverhältnisses ist darauf zugeschnitten, daß dem Arbeitnehmer außerhalb dieses Bereiches Pflichten zur Verrichtung von Diensten nicht obliegen. Ein solches Verhältnis lag hier nicht vor. Unstreitig hatte die Klägerin im Haushalt der Beklagten wenig oder nichts zu tun. Sie war beschäftigt bei den Kunden der Beklagten. Die Beklagte beschäftigt, trotzdem sie nur über einen kleinen Haushalt verfügt, 13 derartiger „Dienstmädchen", die sämtlich die gleiche Arbeit wie die Klägerin verrichten. Bei dieser Sachlage kann gar keine Rede davon sein, daß die Klägerin in ihrer Stellung bei der Beklagten zum Hausgesinde gehörte. Die Beklagte betreibt gewerbsmäßig Reinigungsarbeiten und hierbei hat die Klägerin geholfen. Sie war also

Digitized by Google

Gewerbegehilfin, nichts anderes. Die Zuständigkeit des Gewerbegerichts unterlag mithin keinem Bedenken . . .

Anmerkung: In gleicher Weise ist im Gebiete der Krankenversicherung zu entscheiden, wenn es sich darum handelt, ob die Sondervorschriften für Dienstboten anzuwenden sind.

Verstößt die Abrede, daß ein Teil des nicht beschlagnahmefähigen Lohns an eine Pensionskasse mit selbständiger Rechtspersönlichkeit gezahlt werden soll, gegen das Lohnbeschlagnahmegesetz und das Truckverbot?

Urteil des **Reichsgerichts**, 4. Zivilsenat, vom 3. Februar 1913.

Das Oberlandesgericht Hamm erklärt für die Frage den § 117 Gew.Ordg. für maßgebend. Es verkennt zwar nicht, daß, wenn eine Einrichtung der in § 117, Abs. 2 erwähnten Art, nämlich eine Einrichtung „zur Verbesserung der Lage der Arbeiter oder ihrer Familien", eine sog. Wohlfahrtseinrichtung, selbständige Rechtspersönlichkeit habe, wie hier die Pensionskasse, dann die Verabredung, wonach ein Teil des Lohnes an die Wohlfahrtseinrichtung gezahlt werden soll, den Charakter einer Anweisung erhalte. Es hält aber eine solche Verabredung trotz der Vorschrift in § 2 Lohnbeschlagnahmeges. und des trotz in § 115 a Gew.Ordg. enthaltenen Verbots, Lohnzahlungen auf Grund einer Anweisung an Dritte zu leisten, für gültig, weil § 117, Abs. 2 Gew.Ordg. gegenüber dem § 2 Lohnbeschlagn.Ges. als Sonderbestimmung anzusehen sei, die der allgemeinen vorgehe.

Das Reichsgericht ist dieser Ansicht beigetreten.

Aus den Gründen:

Die Auffassung des Oberlandesgerichts über das Verhältnis des § 117, Abs. 2 Gew.Ordg. zu § 115 a Gew.Ordg. und § 2 Lohnbeschlagn.Ges. kann nur gebilligt werden. Sie findet schon im Wortlaute des § 117, Abs. 2 insofern eine Stütze, als das Gesetz ganz allgemein von Verabredungen zwischen dem Gewerbetreibenden und den von ihnen beschäftigten Arbeitern über die Verwendung des Verdienstes zu gewissen Zwecken spricht, ohne zwischen fälligem und nicht fälligem, beschlagnahmefähigem und nicht beschlagnahmefähigem Lohne zu unterscheiden. Dazu kommt, daß die gegenteilige Auffassung die Ausnahmevorschrift des § 117, Abs. 2 in den meisten Fällen bedeutungslos machen würde, da Verabredungen über die Verwendung des Lohns zugunsten von Wohlfahrtseinrichtungen stets eine Vereinbarung über noch nicht fälligen Lohn enthalten werden. Könnte trotzdem noch ein Zweifel bestehen, so würde er durch die Entstehungsgeschichte des Gesetzes, betreffend Abänderung der Gewerbeordnung, vom 1. Juni 1891 gehoben werden. In der Reichstagsverhandlung vom 6. Mai 1891 (Sten.Ber. S. 2805 u. 2806) führte der Bundesratskommissar Dr. Hoffmann bei einer Erörterung des hier in Rede stehenden Verhältnisses aus, die nach § 117 zulässigen Verabredungen hätten sehr häufig den Inhalt, daß der Arbeitgeber sich das Recht vorbehalte, gewisse Prozentsätze des Lohns an eine Wohlfahrtseinrichtung auszuzahlen, die nicht notwendig eine des Unternehmers selbst sein müsse, sondern auch einen selbständigen Charakter haben könne, solche Verabredungen ständen aber nicht im Widerspruche mit Lohnbeschlagnahmegesetz, und zwar schon deshalb nicht, weil sie eben in § 117 ausdrücklich für gültig erklärt worden seien. In gleichem Sinne äußerten sich die Abgeordneten Dr. Gutfleisch und Dr. Hartmann. Letzterer fügte seiner Aeußerung die Bitte an das Haus hinzu, wenn jemand gegenteiliger Meinung sei, es auszusprechen, da, wenn niemand eine gegenteilige Meinung ausspreche, die Ausleger der Gewerbeordnung mit vollem Recht annehmen dürften, daß das Haus in Uebereinstimmung mit den Vertretern der verbündeten Regierungen das Gesetz so verstanden wissen wolle, wie vorhin dargelegt worden sei. Nichtsdestoweniger wurde von keiner Seite Widerspruch erhoben. Unter Hinweis auf diesen beachtenswerten Vorgang in der Entstehungsgeschichte hat denn auch das Reichsgericht in dem vom Berufungsgerichte angeführten Urteil vom 24. Oktober 1911, VII 55./11. (Warn. Rspr. 1912 Nr. 54) die Ansicht, daß die durch § 117, Abs. 2 zugelassenen Verabredungen auch im Falle eines dem § 2 Lohnbeschlagnahmeges. entsprechenden Tatbestandes gültig seien, bereits für zutreffend erklärt. An dieser Ansicht muß um so mehr festgehalten werden, als sie auch die unter den Auslegern der Gewerbeordnung herrschende ist. In dem Urteil vom 24. Oktober 1911 ist schon darauf hingewiesen, daß einzelne Bemerkungen in dem Erkenntnisse des 3. St.-Senats vom 13. Juni 1895, Nr. 2148/95 (RGSt. 27, 289 ff.) zwar vielleicht auf eine abweichende Auffassung dieses Senats hindeuten könnten, daß sie aber keinesfalls für die damalige Entscheidung von Bedeutung gewesen seien. — Das ist zutreffend, die Einholung einer Entscheidung der vereinigten Senate des Reichsgerichts (GVG. § 137) daher auch jetzt nicht erforderlich . . .

(„Gewerbe- und Kaufmannsgericht.")

Die Weigerung des Arbeiters, seine Papiere dem Arbeitgeber zu überlassen, berechtigt nicht zur kündigungslosen Entlassung.

Aus einem Urteile des **Gewerbegerichts Berlin** vom 23. Januar 1913.

Die Klageforderung ist gemäß § 615 BGB. und § 122 Gew.Ordg. gerechtfertigt. Die Weigerung des Klägers, seine Papiere abzugeben, ist kein Entlassungsgrund. Wenn man die aus der Reichsversicherungsordnung sich ergebende Pflicht des Arbeiters, seine Invalidenquittungskarte zwecks

Digitized by Google

Einklebens der Quittungsmarken durch den Arbeitgeber vorzulegen, selbst als eine durch den Arbeitsvertrag sich ergebende Pflicht ansehen will, so kann es sich doch immer nur um eine Verpflichtung zur Vorlegung der Karte bei der Lohnzahlung, nicht um eine dauernde Auslieferung der Karte an den Arbeitgeber handeln.

Jeder Arbeiter kann seine Invalidenquittungskarte und auch sein Krankenkassenbuch selbst aufbewahren.

Sprechsaal.

Die Stellung des Vorsitzenden bei getrennter Abstimmung in den Kassenorganen.

Bei einer Ortskrankenkasse ist die Wahl des Vorsitzenden des Vorstands gemäß §§ 328, 329 RVO. auch in der zweiten Sitzung nicht zustande gekommen, weil in der Gruppe der Arbeitgeber sich Stimmengleichheit für zwei Bewerber ergab. Das Versicherungsamt bestellte deshalb gemäß § 329 einen Vertreter für die Ausübung der Aufgaben des Vorsitzenden, und zwar einen, der weder zu den Arbeitgebern noch zu den Versicherten gehört. Ich bin gefragt worden, ob diesem Vertreter auch in den Fällen, für welche das Gesetz getrennte Abstimmung vorschreibt, das ausschlaggebende Stimmrecht nach § 9 RVO. in den beiden Gruppen gebührt. In diesem Falle könnte die Wahl des Vorsitzenden bei einer erneuten Abstimmung unter Mitwirkung des bestellten Vertreters voraussichtlich mit bestem Erfolge durchgeführt werden.

Das wäre freilich eine einfache Lösung, aber sie ist nach dem Gesetz ausgeschlossen. Geht man von dem Regelfall aus, daß ein gehörig gewählter Vorsitzender vorhanden ist, so liegt die Sache, wenn es sich um eine vom Gesetze vorgeschriebene getrennte Abstimmung handelt, so: Ist der Vorsitzende ein Arbeitgeber, so hat er in der Gruppe der Versicherten, und ist er ein Versicherter, so hat er in der Gruppe der Arbeitgeber kein Stimmrecht; folglich kann hier „seine Stimme" auch nicht nach § 9 den Ausschlag geben. Stimmen kann er nur in der Gruppe, der er angehört, aber auch hier nicht mit ausschlaggebender Wirkung; denn diese Wirkung kommt seiner Stimme nur zu bei Stimmengleichheit „in den Organen" der Kasse, d. h. wenn der Gesamtvorstand oder der Gesamtausschuß abzustimmen hat und sich hierbei Stimmengleichheit ergibt. Die einzelne Gruppe der Arbeitgeber oder der Versicherten stellt kein Kassenorgan dar. Im Gesamtorgan aber ist die Voraussetzung für Anwendung des § 9 im Fall einer getrennten Abstimmung deshalb nicht gegeben, weil hier eben nicht die Stimmen der einzelnen Mitglieder, sondern nur die Ergebnisse der Abstimmung in den beiden Gruppen miteinander zu vergleichen sind. Stimmen diese nicht überein, so ist — darin besteht ja gerade das Wesen der getrennten Abstimmung — ein Beschluß oder die Wahl nicht zustande gekommen. Das Ergebnis ist also: Für ein ausschlaggebendes Votum des Vorsitzenden ist bei der getrennten Abstimmung überall kein Raum; seine Aufgabe besteht nur darin, die Abstimmung in der einen wie in der anderen Gruppe zu leiten und das Ergebnis festzustellen; ein eigenes Stimmrecht übt er, wie jedes andere Organmitglied, in der Gruppe aus, der er angehört.

Der nach § 329 bestellte Vorsitzende des Vorstandes kann selbstverständlich weitergehende Befugnisse, als einem Gewählten zustehen würden, nicht in Anspruch nehmen. Auch seine Stimme kann daher nur bei einer Gesamtabstimmung im Vorstande den Ausschlag geben. Bei getrennter Abstimmung steht ihm, wenn er weder Arbeitgeber noch Versicherter ist, ein Stimmrecht überhaupt nicht zu. Zweifelhaft kann nur sein, ob der bestellte Vorsitzende in seiner Gruppe ein Stimmrecht auch dann ausüben kann, wenn er zwar den Kassenmitgliedern oder ihren Arbeitgebern, nicht aber den Vorstandsmitgliedern entnommen ist. Man wird die Frage bejahen müssen. Das Versicherungsamt ist nicht gehindert, einen Vorsitzenden zu bestellen, der zu keiner der beiden Gruppen gehört. Dann erhöht sich die Stimmenzahl im Gesamtvorstande über die in der Satzung vorgesehene Zahl hinaus. Wenn das Amt nun (unter den Voraussetzungen des § 329 Abs. 2 Satz 4) zum Vorsitzenden zwar einen Arbeitgeber oder einen Arbeitnehmer bestellt, jedoch einen solchen, der bisher dem Vorstande noch nicht angehörte, so muß sich folgerichtig die Zahl der stimmberechtigten Mitglieder der betreffenden Gruppe des Vorstands um die Stimme des Vorsitzenden erhöhen.

Geh. Justizrat Hahn, Zehlendorf (Berlin).

Ein Beitrag zur Anwendung des § 576 RVO.

Im § 576 RVO. ist Bestimmung darüber getroffen, wer den Trägern der Krankenversicherung für Leistung der sog. Unfallerhöhung (§§ 573, 575 RVO.) Ersatz zu gewähren hat. Die Reichsversicherungsordnung hat gegenüber den Vorschriften des Gewerbeunfallversicherungsgesetzes (§ 12) kein neues Recht geschaffen, vielmehr sind die Bestimmungen des § 12 GUVG. in den §§ 573 und 576 RVO. übernommen. Eine Aenderung ist in dem zurzeit geltenden Rechte nur insofern eingetreten, als neben dem Unternehmer (§ 633 RVO.), der früher als der alleinige Schuldner für die Erstattung der Unfallerhöhung in Betracht kam, heute noch die Berufsgenossenschaft als ersatzpflichtiger Faktor getreten ist. Diese kann jedoch nur dann zur Erstattung herangezogen werden, wenn dem Verletzten eine Entschädigung über die 13. Woche hinaus zu gewähren ist. Trotz der vollständig klaren Bestimmungen des § 576 RVO. glaubt manche Berufsgenossenschaft den Anspruch einer Krankenkasse auf Erstattung des Unfallzuschusses ablehnen zu können, wie folgender Streitfall erhellt:

Ein Mitglied der Betriebskrankenkasse zu Schw. erhielt auf Grund eines erlittenen Betriebsunfalles eine Entschädigung über die 13. Woche hinaus. Als die Krankenkasse gemäß § 576 RVO. Erstattung der gezahlten Unfallerhöhung verlangte, lehnte die Berufsgenossenschaft zu B. die Forderung der Kasse ab. Zur Begründung wurde geltend gemacht, es sei Voraussetzung für die Anwendung des § 576 RVO., daß die Krankenkasse Aufwendungen über die Pflicht hinaus geleistet habe, die sie sonst nach Gesetz oder Satzung habe. Dies treffe aber im vorliegenden Falle nicht zu. Denn der Verunglückte habe nach den Bestimmungen der Satzung der Betriebskrankenkasse zu Schw. ohne weiteres

Digitized by Google

vom Beginn der fünften Woche ab ein Krankengeld in Höhe von zwei Drittel des Grundlohnes zu verlangen. Dieses Krankengeld habe der Verletzte auch tatsächlich nur erhalten. Der Krankenkasse seien daher keine höheren Aufwendungen als in ihrer Satzung vorgesehene erwachsen.

Die Krankenkasse wendete ein, daß der von der Berufsgenossenschaft vertretene Standpunkt, nur dann ein richtiger sein könnte, wenn die Krankenkasse allgemein bei jedem Krankheitsfall (also nicht nur bei Betriebsunfällen) satzungsgemäß ein Krankengeld in Höhe von zwei Drittel des durchschnittlichen Grundlohns gewähren müßte. Da sie aber verpflichtet sei, nur die Hälfte des Grundlohnes als Krankengeld zu zahlen, so leiste sie durch Zahlung von Unfallerhöhung tatsächlich etwas, was über ihre Pflicht, die sie sonst nach Gesetz und Satzung habe, hinausgehe. Die Voraussetzungen des § 576 RVO. seien demnach gegeben, woraus sich die Ersatzpflicht der Berufsgenossenschaft ergebe.

Da die Berufsgenossenschaft auf ihren Standpunkt beharrte, wurde von der Krankenkasse Antrag auf Entscheidung gemäß § 585 RVO. bei dem zuständigen Versicherungsamt gestellt. Das Versicherungsamt, erklärte die Berufsgenossenschaft für verpflichtet, die Unfallerhöhung der Kasse zu erstatten. In der Begründung wurde ausgeführt, die Gewährung der Unfallerhöhung sei in der Satzung der Kasse lediglich berücksichtigt, weil § 573 RVO. dies ausdrücklich vorschreibe. Diese Bestimmung befinde sich im Dritten Buche der Reichsversicherungsordnung betr. die Unfallversicherung und nicht im Zweiten Buche „Krankenversicherung". Daraus sei sonder Zweifel zu entnehmen, daß, sofern ein Unfall bei Krankenunterstützung in Frage komme, etwaige Mehrleistungen gegenüber anderen Fällen zu denen nicht gehören, die sonst nach Gesetz und Satzung gewährt werden müßten.

Ergänzend könnte man noch zur Begründung des Versicherungsamtes hinzufügen, daß bei der oben dargetanen Ansicht der Berufsgenossenschaft niemals Ersatz der gezahlten Unfallerhöhung verlangt werden könnte, da ja jede Krankenkasse auf Grund der Vorschrift des § 573 RVO. bei Betriebsunfällen ein Krankengeld in Höhe von zwei Drittel des maßgebenden Grundlohnes zu gewähren habe. Die Bestimmung des § 576 RVO. wäre dann vollständig überflüssig, was nicht der Absicht des Gesetzgebers entsprechen würde.

Dr. Erich Tieling in Schwientochlowitz.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Das Abkommen zwischen Krankenkassen und Aerzten.

Wir haben in Nr. 1 nur kurz von dem Erfolge berichten können, den die auf Anregung der Universitätsprofessoren vom Staatssekretär des Innern unternommene Vermittlung erfreulicherweise gehabt hat. Im folgenden teilen wir den Wortlaut des darüber aufgenommenen amtlichen Protokolls mit:

1. Allgemeines.

Zur Herbeiführung einer Einigung in den zwischen den Organisationen der Aerzte und der Kassen bestehenden Streitigkeiten sind folgende Herren heute im Reichsamt des Innern erschienen:

Vom Reichsamt des Innern: Staatssekretär des Innern Staatsminister Dr. Delbrück, Exz., Ministerialdirektor Dr. Caspar, Exz., vom Ministerium für Landwirtschaft, Domänen und Forsten: Geh. Reg.-Rat Eggert; von seiten der Kassen: Justizrat Wandel aus Essen vom Verband zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen, Heinemann aus Essen, desgleichen, Reichstagsabg. Becker aus Köln vom Gesamtverband deutscher Krankenkassen in Essen, Verwaltungsdirektor Meyer in Essen, desgleichen, Landtagsabg. Fräßdorf aus Dresden vom Hauptverband der Ortskrankenkassen für das Deutsche Reich; von seiten der Aerzte: Sanitätsrat Dr. Dippe, Vorsitzender des Deutschen Aerztevereinsbundes, Dr. Hartmann, Vorsitzender des Leipziger Aerzteverbandes, Sanitätsrat Dr. Mugdan, Mitglied des Geschäftsausschusses des Deutschen Aerztevereinsbundes, Sanitätsrat Dr. Munter, desgl., von seiten der medizinischen Fakultäten der deutschen Universitäten: Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Passow, Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Orth, Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Kraus.

Es wurde das weiter unten folgende Abkommen abgeschlossen. Dazu ist folgendes zu bemerken:

1. Zu Nr. 7 der Vereinbarung besteht Einigkeit unter den Vertragschließenden darüber, daß die Bestimmung auch auf Verträge Anwendung findet, welche ohne Kenntnis dieser Vereinbarung bis zum Ablauf des 28. Dezember 1913 abgeschlossen worden sind.

2. Die beteiligten Regierungen werden bemüht sein die ordnungsmäßige Durchführung dieses Abkommens in den Grenzen ihrer gesetzlichen Befugnisse nach Möglichkeit zu fördern.

3. Herr Justizrat Wandel erklärte: Der Verband der Innungskrankenkassen ist heute nicht vertreten. Ich habe zwar früher immer Vollmacht gehabt, diesen Verband zu vertreten, habe aber für die gegenwärtige Verhandlung mit Rücksicht auf die Kürze der Zeit keine ausdrückliche Vollmacht herbeischaffen können. Die Zustimmung dieses Verbandes wird deshalb noch eingeholt werden müssen.

4. Der Herr Minister für Handel und Gewerbe wird bis zum 27. Dezember 1913 die Stellungnahme der Königlich Preußischen Regierung zu dem Abkommen herbeiführen.

5. Der Herr Staatssekretär des Innern verpflichtet sich, das gleiche bezüglich der übrigen Bundesstaaten sobald als möglich zu bewirken.

6. Herr Fräßdorf hatte sich vor der Vollziehung des Protokolls und des Abkommens entfernen müssen; er hat aber die anderen Herren Vertreter der Krankenkassenverbände ermächtigt, in seinem Namen die Zustimmung zu erklären.

gez. Dippe. Wandel. Hartmann. Orth. Mugdan. Heinemann. Becker. Meyer. Kraus. Sydow. Neuhaus. Passow. Eggert. Delbrück. Caspar.

2. Das Abkommen.

Das Reichsamt des Innern haben heute unter dem Vorsitz des Staatssekretärs des Innern, Herrn Staatsminister Dr. Delbrück, Verhandlungen mit Vertretern der Organisationen der Aerzte und der Krankenkassen stattgefunden. Es ist eine Verständigung auf folgender Grundlage erzielt worden:

Zwischen dem Deutschen Aerztevereinsbund (E. V.) Berlin und dem Verbande der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen in Leipzig

Digitized by Google

(Leipziger Verband) und dem Verband zur Wahrung der Interessen der Deutschen Betriebskrankenkassen in Essen, dem Gesamtverbande deutscher Krankenkassen (E. V.) Sitz Essen (Ruhr), dem Hauptverband Deutscher Ortskrankenkassen (E. V.) in Dresden wird, unbeschadet der nach Maßgabe abweichender landesrechtlicher Vorschriften getroffenen oder zu treffenden Regelung als Grundlage für weitere Verhandlungen folgendes vereinbart:

1. Bei dem Versicherungsamt oder bei einer anderen Behörde wird ein Arztregister eingerichtet, in das sich jeder Arzt, der Kassenpraxis betreiben will, einerlei ob er einer Organisation angehört oder nicht, einzutragen hat. Nähere Bestimmungen über die Eintragung bleiben örtlicher Vereinbarung vorbehalten.

Nur die im Register eingetragenen Aerzte dürfen zur Kassenpraxis zugelassen werden. Die Auswahl der Zulassenden erfolgt von Fall zu Fall durch Verständigung der Vertreter der Kassen und der Vertreter der im Arztregister eingetragenen Aerzte nach Maßgabe vorher vereinbarter im Einvernehmen mit dem Oberversicherungsamt festzustellender Regeln. Dabei gelten diejenigen Aerzte, welche bisher Kassenpraxis ausgeführt haben, als im Arztregister eingetragene Aerzte und sind in demselben von Amts wegen zu führen. Bei Streit über die Zulassung entscheidet unter Vorsitz eines Beamten, (z. B. des Vorsitzenden des Versicherungsamts) ein paritätisch besetzter Ausschuß, dessen Mitglieder aus dem Aerztestande in ihrer Mehrheit zur Kassenpraxis zugelassene Aerzte sein müssen.

Ein eingetragener Arzt, der dreimal ohne wichtigen Grund eine ihm angebotene Arztstelle bei einer beteiligten Kasse ablehnt, kann im Arztregister gestrichen werden.

2. Soweit nicht bei einer Kasse oder einem Kassenverband (§§ 406—413 RVO.) grundsätzlich alle im Arztregister eingetragenen Aerzte zur Kassenpraxis zugelassen sind, sind so viel Aerzte anzustellen, daß mindestens auf je 1350 Versicherte, bei Familienbehandlung auf je 1000 Versicherte, ein Arzt entfällt.

Unter den bei einer Kasse oder einem Kassenverbande zugelassenen Aerzten soll, wenn nichts anderes bestimmt ist, den Versicherten die Auswahl frei stehen.

3. Die Art der Vergütung der ärztlichen Leistungen einschließlich der Fuhrkosten wird der Regelung durch die Einzelverträge überlassen. Bei der Festsetzung der Vergütungen ist daran festzuhalten, daß dieselben unter Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse sowohl der Leistungsfähigkeit der Kassen als auch der Ansprüche der Aerzte auf eine nach Form und Höhe angemessene Entschädigung Rechnung tragen müssen.

4. Die Kassen innerhalb des Bezirks eines Versicherungsamts und die innerhalb dieses Bezirks zur Kassenpraxis zugelassenen Aerzte bilden je eine Vereinigung zur Wahl eines Vertragsausschusses, dem nur zur Kassenpraxis zugelassene Aerzte angehören dürfen, und dem die Vorbereitung der Arztverträge obliegt.

Die Verträge selbst werden zwischen der Kasse oder dem Kassenverband, und dem einzelnen Arzte geschlossen. Die Gültigkeit eines solchen Vertrages darf nicht von der Genehmigung einer anderen Organisation als der in Abs. 1 erwähnten abhängig gemacht werden.

5. Soweit über den Abschluß neuer Verträge keine Einigung erzielt wird, unterwerfen sich die Aerzte und Kassen dem Spruche eines paritätisch besetzten Schiedsamts mit beamtetem Vorsitzenden darüber, welche Bedingungen als angemessene dem Vertrage zugrunde zu legen sind.

Hinsichtlich des Arztsystems bewendet es unbeschadet der Bestimmung unter Nr. 7 bei dem jeweils bestehendem Zustand. Eine Aenderung des Arztsystems soll eintreten, wenn beide Teile, die Kasse und die bei der Kasse zugelassenen Aerzte, darüber einig sind, oder wenn bei mangelnder Einigung beider Teile ein wichtiger Grund vorliegt. Beim Widerspruche der bisher bei einer Kasse zugelassenen Aerzte gegen eine von der Kasse erstrebte Aenderung des Arztsystems kann die mangelnde Zustimmung der Aerzte durch einen Mehrheitsbeschluß der dem Vertragsausschusse (Nr. 4, Abs. 1) angehörigen Aerzte ergänzt werden. Bei Streit darüber, ob ein wichtiger Grund vorliegt, entscheidet das Schiedsamt (Abs. 1). Die Entscheidung des Schiedsamt bindet beide Teile.

6. Bei Streit aus abgeschlossenen Verträgen entscheidet ein paritätisch zusammengesetztes Schiedsgericht endgültig und für beide Teile bindend; für vermögensrechtliche Ansprüche kann der Rechtsweg vorbehalten werden.

7. Bestehende Verträge zwischen Kassen und Aerzten bleiben, soweit nicht die Bestimmungen in Nr. 11 platzgreifen, unberührt. Die Bestimmungen dieses Abkommens sind in den Fällen nicht anzuwenden, in denen vor dem 24. Dezember 1913 zwischen Aerzten und Krankenkassen eine Vereinbarung vorbehaltlich der Genehmigung der Zentrale des Leipziger Verbandes zustande gekommen ist.

8. Auf die Regelung der Beziehungen zwischen Aerzten und den Betriebskrankenkassen der Eisenbahnverwaltung und auf die Regelung der Beziehungen zwischen Aerzten und den knappschaftlichen Krankenkassen finden die Bestimmungen dieses Abkommens keine Anwendung.

9. Es bleibt vorbehalten, bei der Ausführung dieses Abkommens im Einvernehmen mit den Beteiligten zu prüfen, inwieweit die Verhältnisse der Landkrankenkassen und der an ihre Stelle tretenden Ortskrankenkassen noch besondere Bestimmungen erforderlich machen.

10. Die vertragschließenden Teile verpflichten sich, die Stellungnahme ihrer Organisationen zu diesem Abkommen bis zum 29. Dezember 1913 vormittags dem Reichsamt des Innern anzuzeigen. Ist beiderseits Zustimmung erfolgt, dann wird die ärztliche Vertragszentrale (Leipziger Verband)

a) den Abschluß von Verträgen dort, wo Aerzte und Kassen über die Vertragsbedingungen einig sind, sofort zulassen,

b) bei neu errichteten Kassen eine vorläufige Ordnung der ärztlichen Versorgung fördern,

c) darauf hinwirken, daß dort wo bei schon bestehenden Kassen eine Einigung zwischen Aerzten und Kassen noch nicht erzielt ist, die Vertragsverhandlungen gefördert werden und bis zu deren Abschluß die alten Verträge weiter gelten.

11. Beide Vertragsteile werden bemüht sein

a) auf alsbaldige Entbindung derjenigen Aerzte von der kassenärztlichen Tätigkeit am Orte Bedacht zu nehmen, welche die Kassen während der jetzigen Vertragsstreitigkeiten von auswärts zugezogen haben und mit denen sie rechtsgültige Verträge geschlossen haben,

b) für die anderweite Unterbringung dieser Aerzte zu sorgen,

c) auf eine möglichst baldige Lösung der Verträge hinzuwirken,

d) die dabei notwendig werdenden Abfindungen zu vereinbaren.

Diese Verhandlungen sollen von beiden Vertragsteilen gemeinschaftlich geführt werden, wobei vorausgesetzt wird, daß die Regierungen deren Bemühungen unterstützen werden.

Die entstehenden Kosten übernimmt der Leipziger Verband unter der Voraussetzung, daß die Verbände der Kassen ihren Einfluß dahin geltend machen, daß allenthalben die Kassen zu dem Arzthonorar für diesen Zweck einen Zuschlag von jährlich 5 Pfennig auf den Kopf der Versicherten bewilligen. Durch diesen Zuschlag soll die Hälfte der Kosten gedeckt werden.

12. Zur Durchführung dieses Abkommens und zur

Digitized by Google

Entscheidung von Streitigkeiten, die daraus entstehen, wird ein paritätisch besetzter Zentralausschuß in Berlin eingesetzt, dessen Vorsitzenden der Staatssekretär des Innern ernennt. Bei der Besetzung des Ausschusses wird auf entsprechende Mitwirkung des beteiligten Bundesstaates Bedacht genommen werden.

13. Dieses Abkommen gilt vom 1. Januar 1914 bis zum 31. Dezember 1923 und von da an auf unbestimmte Zeit weiter unter dem Vorbehalt einjähriger Kündigung, die nur auf den 1. Januar zuständig ist. Im Falle einer Kündigung soll der Zentralausschuß alsbald Verhandlungen einleiten, um ein neues Abkommen vorzubereiten.

gez. H. Dippe. Hartmann. Mugdan. D. Munter. Wandel. Heinemann. Meyer. Becker.

Wir fügen hinzu: Entsprechend dem Punkt 4 des allgemeinen Teils dieses Protokolls hat die preußische Regierung ihre Zustimmung bereits erklärt. Hiervon konnte auf einer Vertreterversammlung des Aerztevereinsbundes in Leipzig am 28. Dezember bereits Kenntnis genommen werden. Der Geschäftsausschuß dieses Bundes und der Vorstand des Leipziger Verbandes genehmigten das Abkommen einstimmig, nachdem vorher schon die Vertreter der Sektionen und der Beirat mit großer Mehrheit ihre Zustimmung erklärt hatten. Findet das Abkommen auch im übrigen die Zustimmung der beteiligten Organisationen und wird es mit guten Willen durchgeführt, so gewährleistet es eine lange Friedenszeit (vgl. Punkt 13), innerhalb deren man hoffentlich Erfahrungen sammeln und zu Normen kommen wird, unter denen beide Teile gedeihlich leben und wirken können, so daß einem Wiederaufleben des Streites, mindestens in der Form und dem Umfange wie wir es jetzt erlebt haben, vorgebeugt wird.

Verfahren in Knappschaftssachen in Preußen.

„Von den Knappschaftsvereinen" handelte der siebente Titel des Allgemeinen Berggesetzes für die Preußischen Staaten vom 24. Juni 1865. Infolge der Reichsversicherungsgesetze haben die Bestimmungen dieses Teils des Berggesetzes schon mehrfach geändert werden müssen, um sie den Vorschriften der Reichsgesetze anzupassen. Zuletzt ist dies wiederum durch die Reichsversicherungsordnung und das Versicherungsgesetz für Angestellte notwendig geworden. Die Aenderungen erfolgten durch die Novelle vom 3. Juni 1912 (GS. S. 97). Auf Grund der in der Novelle enthaltenen Ermächtigung ist dann der bisherige Knappschaftstitel des Allgem. Berggesetzes in der neuen Fassung als „Knappschaftsgesetz vom 17. Juni 1912" unter selbständiger fortlaufender Nummernfolge der Paragraphen bekanntgemacht worden (GS. S. 137).

In diesem Gesetze ist das Verfahren in Knappschaftssachen in den Grundzügen durch die §§ 65—83 geregelt; im Anschluß daran bestimmt § 84, daß im übrigen das Verfahren vor den Schiedsgerichten und vor den Oberschiedsgerichten durch Königliche Verordnung geregelt wird. Dies mußte vor dem 1. Januar 1914 geschehen, da die neuen Vorschriften an diesem Tag in Kraft treten (soweit sie nicht, als auf die Angestelltenversicherung bezüglich, schon vorher in Kraft getreten waren). Demgemäß enthält die Preuß. Gesetzsammlung (1913 S. 403 ff. und 420 ff.) zwei Königl. Verordnungen vom 8. Dezember 1913: I. „Ueber das schiedsgerichtliche Verfahren bei knappschaftlichen Streitigkeiten (Schiedsgerichtsordnung)" und II. „Ueber das Verfahren vor dem Oberschiedsgericht in Knappschaftsangelegenheiten (Oberschiedsgerichtsordnung)". Die Verordnungen entsprechen im Aufbau und in der Durchführung im wesentlichen den Kaiserlichen Verordnungen über das Verfahren nach der Reichsversicherungsordnung und dem Angestelltenversicherungsgesetz.

Stellt § 584 RVO. eine Rechtsvermutung auch zugunsten des Verletzten für seinen Rentenanspruch fest?

Wir haben in Nr. 36 v. 21. Dezember 1913 (S. 851) eine Entscheidung des Reichsversicherungsamts veröffentlicht, welche die Frage verneint. Inzwischen erfahren wir, daß der Große Senat des Reichsversicherungsamts sich am 20. Dezember 1913 auf den entgegengesetzten Standpunkt gestellt, also angenommen hat, daß, wenn die Krankenkasse dem Verletzten Krankengeld oder Krankenhauspflege für eine Zeit gewährt hat, für welche die Berufsgenossenschaft entschädigungspflichtig ist, der Verletzte für diese Zeit für völlig erwerbsunfähig gilt, nicht nur soweit es sich um den Ersatzanspruch der Kasse, sondern auch soweit es sich um die Rentenansprüche des Verletzten gegen die Berufsgenossenschaft handelt.

Wir werden die Entscheidung veröffentlichen, sobald sie vollständig vorliegt und machen diese Mitteilung vorläufig zur Vermeidung von Irreleitung durch die bereits abgedruckte Entscheidung.

Gegenseitigkeitsverträge gemeindlicher Arbeitslosenversicherungen.

Hierüber entnehmen wir der „Sozialen Praxis" (23 Sp. 51) folgendes: Nachdem in Württemberg die Gemeinden Stuttgart und Gmünd die Arbeitslosenversicherung eingeführt haben, ist nun Feuerbach diesem Beispiel gefolgt. Die neue Einrichtung ist am 1. Oktober 1913 in Kraft getreten. Feuerbach ist eine stark industrielle Gemeinde mit 15000 Einwohnern in unmittelbarer Nähe Stuttgarts. Das gab auch dazu Veranlassung, sich bei der Errichtung der Arbeitslosenversicherung an die für Stuttgart geltenden Bestimmungen zu halten. Danach erhalten die Mitglieder gewerkschaftlicher Organisationen auf die ihnen von dort gezahlte Arbeitslosenunterstützung Zuschüsse in Höhe von 50 v. H. der Verbandsleistungen. Zuschüsse in gleicher Höhe werden auch den Mitgliedern von Sparvereinigungen und Einzelsparern im Falle eintretender Arbeitslosigkeit auf die von ihrem Sparguthaben gemachten Abhebungen gewährt. Besondere Beachtung verdient ein von den Gemeinden Stuttgart und Feuerbach abgeschlossener Gegenseitigkeitsvertrag. Danach wird die Satzung der Arbeitslosenunterstützung der Stadt Stuttgart dahin erweitert, daß die Voraussetzung des einjährigen Wohnsitzes in der Gemeinde für den Bezug der Arbeitslosenunterstützung auch durch das Wohnen in Feuerbach als erfüllt gilt. In gleicher Weise läßt auch die Stadtgemeinde Feuerbach den vorausgegangenen Stuttgarter Wohnsitz eines Arbeitslosen für den Bezug der in Feuerbach bestehenden Arbeitslosenunterstützung gelten. Die Unterstützung ist jeweils von derjenigen der beiden Gemeinden zu gewähren, in der der Arbeitslose bei Eintritt der Arbeitslosigkeit wohnt. Für die Deckung des durch die neue Einrichtung entstehenden Aufwandes hat die Gemeindeverwaltung Feuerbach 1000 M. jährlich in den Etat gestellt. Stuttgart hatte bei Einrichtung

Digitized by Google

seiner Arbeitslosenunterstützung den Betrag von 10000 M. für das Jahr ausgeworfen. Die starke Arbeitslosigkeit des letzten Jahres stellte jedoch so hohe Anforderungen, daß diese Summe schon längst verbraucht ist und jedenfalls mehr als verdoppelt werden muß. In einer der letzten Kollegialsitzungen war denn auch bereits davon die Rede, daß bei Neuaufstellung des Etats jährlich 30000 M. vorzusehen seien.

Die Schriftleitung bemerkt hierzu: „Uns erscheint der diesem Gegenseitigkeitsvertrage zugrunde liegende Gedanke fruchtbar und nachahmenswert. Er läßt sich mit gewissen Zusätzen auf eine größere Zahl von Gemeinden und Gemeindeverbänden übertragen, die für sich allein sonst nur mit Bedenken daran gehen können, als vereinzelte Körperschaft die Arbeitslosenversicherung einzuführen, weil die Gefahr der Anlockung überflüssiger Arbeitskräfte und Versicherungskandidaten besteht, wenn nicht andere Gemeinden ebenfalls Versicherungen einführen. Durch Gegenseitigkeitsverträge kann sich eine Gemeinde wenigstens mittelbar von dem Risikozuwachs aus anderen Gemeinden entlasten; sie kann ortsfremde Arbeiter im Notfalle ganz von der Versicherung ausschließen, wenn nicht die Heimatsgemeinde dieser Arbeiter auch Arbeitslosenfürsorge einführt."

Nahrungsmittelfälschung und Krankenkassen.

Einem längeren Aufsatze des „Arbeiterschutz" (Wien) entnehmen wir auszugsweise folgende Ausführungen, die darauf abzielen, die Aufmerksamkeit der Aerzte und der Krankenkassen auf den in bedauerlichem Maße vorbereiteten Mißstand der Nahrungsmittelfälschung zu lenken oder diese Aufmerksamkeit zu schärfen. Die Krankenkassen kümmern sich schon längst um alle möglichen Fragen, die auf den Gesundheitszustand ihrer Mitglieder von Einfluß sind. Sie haben Untersuchungen angestellt, welchen Einfluß die einzelnen Berufe auf die Krankheitshäufung und auf die Art der Krankheiten ausüben; viele Krankenkassen schenken der Wohnungsfrage eine große Aufmerksamkeit, es werden Genesungsheime errichtet, um die Rekonvaleszenten wieder ganz herzustellen usw., aber dem Schreiber dieses Aufsatzes ist nicht bekannt, daß sich schon einmal eine Krankenkasse mit der Verfälschung der Nahrungsmittel beschäftigt hätte, sich darüber orientiert hätte, welchen Einfluß die Nahrungsmittelverfälschung auf den Gesundheitszustand der Mitglieder ausübt. Man wird von vornherein kaum verlangen dürfen, daß eine Krankenkasse mit ihren beschränkten Mitteln, deren Verwendung noch durch das Gesetz geregelt ist, eine allgemeine Untersuchung über Volksernährung und Nahrungsmittelverfälschung anstellt, aber es wäre doch sicher möglich, daß die Aerzte und Krankenkassen einmal wenigstens solchen Erkrankungen nachgehen, bei denen der Verdacht naheliegt, daß sie durch Genuß gefälschter Nahrungsmittel herbeigeführt sind, sei es nun, daß durch den Genuß verfälschter Nahrungsmittel ein Krankheitsfall direkt herbeigeführt ist, sei es, daß durch den dauernden Genuß solcher Nahrungsmittel eine Allgemeinschädigung des Körpers herbeigeführt wurde, die schließlich auch zur Krankheit oder zur Verschlimmerung oder Verlängerung einer Krankheit führte. Vielleicht würden derartige Untersuchungen in Einzelfällen schon genügen, um der Frage der Nahrungsmittelverfälschung nicht nur in weiteren Volkskreisen, sondern auch, durch die Umstände gezwungen, bei den Behörden eine angestrengtere Aufmerksamkeit zuzuwenden. Jedenfalls ist es ein schwerer Mißstand, daß der Beschaffenheit der Nahrungsmittel noch so verhältnismäßig wenig Aufmerksamkeit zugewendet wird, einmal, weil einwandfreie Lebensmittel zur Gesunderhaltung des Körpers notwendig sind und dann auch, weil namentlich in den ärmeren Volkskreisen der größte Teil des Einkommens für Nahrungsmittel ausgegeben wird. Jedenfalls war die Nahrungsmittelkontrolle in den Städten des Mittelalters bedeutend besser als sie heute ist. Neben allerlei entehrenden Strafen, die den Nahrungsmittelverfälschern in den mittelalterlichen Städten gewöhnlich zudiktiert wurden, sind sie auch meistens durch Wegnahme sämtlicher Waren und weiter durch Untersagung des Gewerbebetriebes auf eine bestimmte Zeit bestraft worden, wobei noch in Betracht gezogen werden muß, daß bei der früher viel einfacheren Herstellung so mancher Nahrungsmittel Verfälschungen viel leichter erkannt werden konnten.

Um nur einige Lebensmittel anzuführen, so werden verfälscht Wurstwaren, Butter, Milch, Käse, Weine und sonstige Spirituosen, Hackfleisch, Gewürze, Honig, Marmeladen, Fruchtsäfte, Limonaden, Konserven, Graupen, Gries, Makkaroni, Tee, Tabake, Kunstspeisefette, Olivenöl, Backwaren, Kakao, Kaffee usw. Je nach den einzelnen Waren und je nach der Herstellungsweise geht natürlich die Verfälschung der Lebensmittel sehr verschiedenartig vor sich. Oft werden auch bereits verdorbene Waren in den Handel gebracht, Waren, die, wenn auch äußerlich noch nicht sehr erkennbar, bereits in Fäulnis übergegangen sind. Und selbst wenn der Zersetzungsprozeß schon ziemlich weit vorgeschritten ist, werden solche Waren von den ärmsten Volksklassen der größeren Billigkeit wegen noch oft gekauft und verzehrt, wobei das Hungergefühl den Ekel zurückdrängt.

. . . Dieser Aufsatz würde sich viel zu weit ausdehnen, wenn alle verschiedenen Arten der Nahrungsmittelverfälschung erklärt werden sollten. Wie raffiniert dabei vorgegangen wird, zeigt die Tatsache, daß Kaffee gefälscht wird, und zwar nicht nur gemahlener Kaffee, bei dem eine Verfälschung ziemlich leicht erscheint, sondern ungemahlener Kaffee. Die Fälschung geschieht auf die Weise, daß den gebrannten Kaffeebohnen gebrannte Lupinen zugesetzt werden. Die Lupine ist eine Hülsenfrucht, deren Schale beim Brennen auf einer Seite aufplatzt, so daß eine solche Frucht das Aussehen einer gebrannten Kaffeebohne erhält. Bei einem Kaffeegroßhändler in Frankfurt a. M. wurde vor kurzem Kaffee gefunden, dem bis zu 35 % Lupinen beigesetzt waren. Bei einer Vermischung mit 35 % erhielt die Hausfrau anstatt 250 g nur 162,5 g Kaffee, wogegen die übrigen Bestandteile wertlos waren. Nehmen wir an, die eingekauften 250 g gebrannten Kaffee hätten 70 Pf. gekostet, so würde man ungefähr 108 Pf. ausgeben müssen, um bei dieser Vermischungsart 250 g reellen Kaffees zu erhalten. Von Chemikern wird gesagt, daß eine derartige Verfälschung des Kaffees nach dem Kochen nur noch sehr schwer festzustellen sei. Die Hausfrau wird sich höchstens über den schwachen Gehalt des Kaffees wundern und vielleicht das nächstemal etwas mehr Kaffee bei der Zubereitung verwenden.

Olivenöl wird häufig mit dem billigeren Baumwollensamenöl vermischt, roher Kaffee, der durch Seeschäden an Aussehen verloren hat, wird gefärbt, und zwar je nach der Herkunft, gelb oder grün; Gewürze werden mit Gips, Sand und anderen Sachen schwerer gemacht, Teeblätter, die bereits einmal abgekocht waren und die deshalb schon beinahe wertlos geworden sind, werden wieder getrocknet, gefärbt und gerollt und kommen von neuem in den Handel; dem Senf werden Mehle, aber auch Ziegelsteinmehl beigefügt, den Makkaronis wird eine tüchtige Dosis gelber Farbe beigegeben, damit sie so aussehen, als enthielten sie recht viele Eier; dem Hackfleisch werden Chemikalien beigefügt, damit es ein appetitliches Aussehen behält, während in ihm oft schon der Zersetzungsprozeß begonnen hat. Der Honig wird durch Sirup und Stärkezucker verfälscht, die Butter wird verfälscht, indem ranzig gewordene Butter durch verschiedene

Digitized by Google

Beigaben wieder ein frisches Aussehen erhält; dem Käse werden Kartoffelbrei, Mehl oder Stärke zugesetzt, auf ähnliche Weise wird auch die Butter verfälscht. Besonders schlimm ist die Verfälschung der Milch, weil sie die Hauptnahrung der kleinen Kinder ist, weil es sich dabei überhaupt um ein sehr wichtiges Nahrungsmittel handelt und vor allem auch, weil der Milch, um sie noch frisch erscheinen zu lassen, Bestandteile beigemischt werden, die für die Verdauung höchst schädlich sind. Borax, Borsäure, Kreide, Dextrin, Salizylsäure, Pottasche, Soda, Aetnatron, Mehl, alle diese und noch andere Bestandteile sind schon in der Milch gefunden worden. So könnten wir noch viele Nahrungsmittelverfälschungen kennen lernen, wenn wir ihnen noch weiter nachgehen würden.

Abgesehen vom Standpunkt der Gesundheitserhaltung des Volkes ist aber die Nahrungsmittelverfälschung auch vom rein wirtschaftlichen Standpunkt aus betrachtet eine ernste Angelegenheit. Um wieviel die Volksmassen in den einzelnen Ländern durch die Nahrungsmittelverfälschung betrogen werden, läßt sich gar nicht abschätzen, weil es wohl meistens an jedem Vergleichsmaßstab fehlt . . .

Nach einer Berechnung des Professors Mathes in Jena bezahlt das deutsche Volk allein für das Wasser, das der Butter betrügerischerweise beigefügt wird, jährlich an die 30 Millionen Mark. Wenn schon bei dieser Einzelart der Verfälschung bei einem einzigen Artikel eine so hohe Summe herauskommt, so läßt sich, wenn auch nicht berechnen, so doch wenigstens ahnen, um welche riesigen Summen das Volk bei der Gesamtheit der Nahrungsmittelverfälschungen geschädigt wird.

Wir haben gesehen, daß den Nahrungsmitteln die verschiedensten Dinge beigemischt werden. Wieviel Blinddarmentzündungen und -operationen mögen daraus schon entstehen! Jedenfalls aber verdient die Frage der Nahrungsmittelverfälschung im Interesse der armen Bevölkerung und damit auch der Krankenkassenmitglieder die ernsteste Aufmerksamkeit."

Literarisches.

Ausführungsbestimmungen zur Reichsversicherungsordnung für das Reich und die sämtlichen Bundesstaaten. Zusammengestellt von Ernst Funke und Walther Nernst, Bibliothekaren im Reichsversicherungsamt. Berlin 1913, Verlag von Franz Vahlen. Bd. I geb. 6 M., Bd. II geb. 11 M.

Die Reichsversicherungsordnung hat, so umfangreich sie ist, die Neuordnung der Reichsversicherung nicht erschöpfen können. In umfassendem Maße mußten Verpflichtungen oder Befugnisse zu ergänzender Regelung, zur Durchführung der gesetzlichen Vorschriften und zur Ueberleitung in den neuen Rechtszustand den verschiedensten Instanzen des Reiches und den Einzelstaaten übertragen werden. Daher erklärt sich die schwer zu übersehende Fülle der Ausführungsgesetze, Verordnungen, Bundesratsbeschlüsse, Erlasse des Reichskanzlers und der einzelstaatlichen Minister usw. Dieses Material von fast 500 Nummern gesammelt und geordnet zu haben, ist ein großes Verdienst der Herausgeber. Kein Praktiker, der in den Organen der Versicherungsträger oder der Behörden oder sonst mit dem Reichsversicherungsrecht zu tun hat, wird dies Hilfsmittel entbehren können. Der erste Band umfaßt das Reich und Preußen, der zweite Band die übrigen Bundesstaaten. Für das Reich und für jeden einzelnen Staat sind die Vorschriften nach den Versicherungsgebieten, unter Voranstellung der alle drei Gebiete berührenden („Allgemeines"), übersichtlich geordnet. Hoffentlich ist die Sammlung nur vorläufig abgeschlossen. Denn wichtige Ausführungsvorschriften, namentlich für die Krankenversicherung, stehen noch aus. Es würde sehr dankenswert sein, wenn die Herausgeber sie in einem Nachtragsbändchen folgen lassen wollten.

Schadenverhütendes Wirken in der deutschen Arbeiterversicherung. Von Dr. Paul Kaufmann, Präsident des Reichsversicherungsamts. Berlin 1913, Verlag von Franz Vahlen. Preis 4 M.

Das Buch ist erwachsen aus einer Reihe von Vorträgen, die der schaffensfrohe und weitblickende Verfasser vor ansehnlichen Versammlungen gehalten und nun in eine für weitere Kreise geeignete Form zusammengefaßt hat. In klarer, faßlicher und doch vornehmer und gelegentlich gehobenen Sprache wird, für die einzelnen Versicherungsgebiete gesondert, das schadenverhütende Wirken der Arbeiterversicherung in den verschiedensten Richtungen verfolgt und dargestellt; und es ist gewissermaßen das Leitmotiv dieser Darstellung, wie im Laufe der Zeit immer mehr die Erkenntnis durchbrach, „daß die letzten Ziele dieser Versicherung nicht in der Ueberwindung von Schadenwirkungen gipfeln, daß der Schutz gegen Arbeitsunfähigkeit wichtiger ist, als die Sorge für die Arbeitsunfähigen und daß jedes vorbeugend erhaltene Arbeiterleben ein nationales Guthaben bedeutet". Der Schluß der Darstellung aber ist „Durch eine noch entschiedenere Orientierung der Arbeiterversicherung in schadenverhütender Richtung, bei der neue Erfolge nicht durch stärkere Belastung erkauft werden müßten, würden für das soziale Friedenswerk auch diejenigen gewonnen, die ihm heute noch ablehnend gegenüberstehen . . ." In den am Schlusse des Buches unter 132 Nummern zusammengestellten Anmerkungen sind reichhaltige Nachweise einschlägiger Literatur mitgeteilt.

Deutscher Juristenkalender für 1914. Verlag von Otto Liebmann. Preis 3,20 M.; für Abonnenten der „Deutschen Juristenzeitung" 2,80 M. — Ein lehrhafter Abreißkalender, der für jeden Tag eine kleine Rechtsausführung, eine wichtige neuere Entscheidung, eine Spruchweisheit oder irgendeine bemerkenswerte Mitteilung anderer Art bringt.

Der Unternehmer im Rahmen des Wirtschaftsverbandes. Ein Mahnwort an Deutschlands Großindustrielle. Von Dr. Karl Rötzel. Hans Sachs-Verlag, München-Leipzig 1913. Preis 1,30 M.

Der Verfasser behandelt in eindringlicher Sprache die Gegensätze zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern und warnt die Arbeitgeber, den Proletariern elementare Menschenrechte vorzuenthalten. In sichtlichem Bestreben nach Objektivität versucht er, die von ihm bekämpften Anschauungen der Unternehmer und vor allem der beruflichen Vertreter der Unternehmerverbände wenigstens psychologisch zu erfassen und zu erklären.

Digitized by Google

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und deutlich zu schreiben.

Erforderliche Zahl von Unterzeichnern der Wahlvorschläge.

1. Nach Danzig. Antwort: Wenn § 7 Abs. 2 der Musterwahlordnung für Allgemeine Ortskrankenkassen vorschreibt, daß die Wahlvorschläge von mindestens je 10 Wahlberechtigten mit zusammen mindestens 30 Stimmen unterzeichnet sein müssen, so soll das für beide Gruppen gelten. Für die Gruppe der Versicherten bedeutet diese Bestimmung tatsächlich freilich, daß mindestens 30 Wahlberechtigte unterzeichnen müssen, da jeder Versicherte nur eine Stimme haben kann; daß er in Vollmacht für einen andern unterzeichnen dürfte, ist ausgeschlossen.

Vorsitzender einer Betriebskrankenkasse für eine Aktiengesellschaft.

2. Nach Penig. Antwort: Bei einer Aktiengesellschaft übt die Funktionen des Arbeitgebers der Vorstand nach Maßgabe der Satzung aus. Den Vorsitz in dem Vorstand der Betriebskrankenkasse kann nur eine Person führen. Besteht der Vorstand der Aktiengesellschaft aus mehreren Mitgliedern, so wird er nach der Gesellschaftssatzung zu beschließen haben, welches den Vorsitz im Kassenvorstand führen soll. Ein Wechsel des Vorsitzenden kann nur auf Grund eines neuen Beschlusses des Gesellschaftsvorstandes erfolgen. Das mit dem Vorsitz betraute Vorstandsmitglied darf sich gemäß § 338 in Verbindung mit § 13 Abs. 2 durch einen bevollmächtigten Betriebsleiter oder Geschäftsführer oder Betriebsbeamten, also auch durch ein anderes Vorstandsmitglied vertreten lassen, oder es kann auch durch Beschluß des Gesellschaftsvorstandes die Stellvertretung im Kassenvorstande allgemein geregelt werden, wobei aber immer nur die bezeichneten Personen als Vertreter in Betracht kommen. Wenn es in § 45 II der Musterordnung für gewerbliche Betriebskrankenkassen heißt, daß Vorstand und Ausschuß aus dem „Inhaber der Firma" und aus Vertretern der Versicherten beständen, so ist das allerdings eine unglückliche Fassung; denn sie paßt schon nicht recht auf offene Handelsgesellschaften mit mehreren vertretungsberechtigten Gesellschaftern und vollends gar nicht auf Aktiengesellschaften und andere juristische Personen, deren Vorstand natürlich nicht der „Inhaber" der Firma ist.

Die Mitglieder von Ersatzkassen können nicht zum 31. Dezember 1913 aus der Zwangskasse austreten.

3. Nach Koburg. Frage: Sind Mitglieder einer zugelassenen Ersatzkasse, die ihre Mitgliedschaftkündigung unter Bezugnahme auf die §§ 517—520 RVO. nach dem 1. Oktober 1913 bei dem Vorstand der Krankenkasse einreichten, zum Austritt aus der Ortskrankenkasse am 31. Dezember 1913 berechtigt?

Antwort: Die Frage ist falsch gestellt. Denn vom 1. Januar 1914 ab bleiben die Mitglieder einer Ersatzkasse stets Mitglieder ihrer zuständigen Zwangskasse. Sie können nur beantragen, daß ihre Rechte und Pflichten bei dieser ruhen, und zwar muß der Antrag bis zum 2. Zahltage nach dem 1. Januar 1914 gestellt sein (vgl. Arb.-Versorgg. 30 S. 504 Ziff. 6).

Dauer der Wochenhilfe und Krankengeld bei schwebenden Unterstützungsfällen in der Uebergangszeit.

4. Nach Weißenfels. Antwort: Art. 30 Einf.-Ges. z. RVO., der die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung bei schwebenden Unterstützungsfällen zur Anwendung kommen läßt, soweit sie für den Versicherten günstiger sind als das alte Recht, gilt auch für die Wochenhilfe. Darnach haben Wöchnerinnen, sofern die Unterstützungsdauer nach dem Krankenversicherungsgesetz am 31. Dezember 1913 noch nicht abgelaufen sein würde, Anspruch auf Wochengeld für acht Wochen gemäß § 195 RVO. Art. 30 gilt aber nur für abweichende gesetzliche Bestimmungen. Soweit satzungsmäßige Mehrleistungen in Frage kommen, ist § 211 RVO. maßgebend, d. h. sie werden nur gewährt, wenn die Satzung das ausdrücklich bestimmt; demnach darf ihre Kasse bei laufenden Unterstützungsfällen auch vom 1. Januar 1914 Krankengeld nur für die Arbeitstage, nicht aber für alle sieben Tage, wie die neue Satzung vorschreibt, gewähren; in diesen Fällen muß auch die Tageshöhe des Krankengeldes nach der alten Satzung berechnet werden. Denn es geht nicht, zwar für die Zahl der Tage, an denen Krankengeld zu zahlen ist, die alte Satzung, für die Höhe aber die neue anzuwenden. Allerdings wird dann vom 1. Januar 1914 ab zeitweilig das Krankengeld für die, die vor diesem Tage erwerbsunfähig geworden sind, anders berechnet, als für die, die es später werden.

Zuständige Kasse für die Angestellten einer Schloßverwaltung.

5 Nach Hanau. Antwort: Die Fasanenzucht, die zu Jagdzwecken betrieben wird, hat als land- oder forstwirtschaftlicher Nebenbetrieb zu gelten, daher gehören die Fasanenwärter zur Landkrankenkasse. Mitglieder dieser sind auch die von der Schloßverwaltung beschäftigten Kutscher, Lakaien und Diener, da sie Dienstboten sind. Was die Park- und Gartenarbeiter betrifft, so sind sie nach § 235 Abs. 2 RVO. nur dann landkrankenkassenpflichtig, wenn die Park- und Gartenpflege mit einem landwirtschaftlichen Betrieb verbunden ist; das trifft für die sogenannten Gutsgärtnereien zu.

Vermögensteilung bei Schließung einer Kasse unter Berücksichtigung der näheren Umstände des Mitgliederübergangs.

6. Nach Geilenkirchen. Antwort: Nach § 303 RVO. ist der Vermögensüberschuß der geschlossenen Kassen den neuen Krankenkassen unter Berücksichtigung des Mitgliederüberganges zuzuweisen. Dabei kommen nicht nur die Pflichtmitglieder, sondern auch die freiwilligen in Betracht, die mit dem 1. Januar 1914 versicherungspflichtig werden. Wenn aber, in offenbarer Ausnutzung dieses Umstandes, jetzt zahlreiche Dienstboten veranlaßt werden, der Ortskrankenkasse freilich beizutreten, weil sie am 1. Januar als Versicherungspflichtige zur Landkrankenkasse überzugehen haben und deshalb dieser ein um so größerer Anteil am Vermögen der eingehenden Ortskrankenkasse gebühren würde, so dürfte das doch ein

Digitized by Google

Rechenfehler sein. Denn das Versicherungsamt, welches das Vermögen „unter Berücksichtigung des Mitgliederüberganges" zu überweisen hat, wird auch die besonderen Umstände dieses Ueberganges mit berücksichtigen müssen. Die rein schematische Teilung des Vermögens nach der Zahl der übergehenden Mitglieder ist weder geboten noch gerechtfertigt. Daß ein Teil von ihnen erst ganz kurze Zeit der Kasse angehört, darf nicht außer Betracht bleiben (Hahn, Handb. der Krankenvers. S. 410 Anm. 1b zu § 303 RVO.; Arb.-Versorgg. 1910 S. 200 Ziff. 19).

Festsetzung eines Höchstbetrages für Heilmittel; „Zustimmung" des Oberversicherungsamts.

7. Nach Reuda. Antwort: Die Satzungsbestimmung bedarf der „Zustimmung", nicht bloß der Genehmigung des Oberversicherungsamts (§ 193 Abs. 1 RVO.). Das bedeutet, daß das Amt über diesen Punkt nach freiem pflichtmäßigen Ermessen, unter Berücksichtigung der Zweckmäßigkeit entscheidet und daß die Entscheidung nicht angefochten werden kann (§ 324 Abs. 3; Hahn, Handb. der Krankenvers. S. 445 Anm. 3 zu § 324 RVO.). Aber das Oberversicherungsamt ist nur zur Versagung der Zustimmung, dagegen nicht zu einer positiven Anordnung befugt. Wenn also das Amt die Zustimmung davon abhängig macht, daß die Kasse einen anderen, unbillig hohen Höchstbetrag für Heilmittel in der Satzung festsetzt, so kann die Kasse die Bestimmung einfach streichen. Hierzu darf die Genehmigung nicht versagt werden.

Krankenversicherung der Stundenlehrer nach der Reichsversicherungsordnung.

8. Nach Kassel. Antwort: Stundenlehrer sind nach der Reichsversicherungsordnung krankenversicherungspflichtig, gleichviel, ob sie den Unterricht in der eigenen Wohnung oder der der Schüler und ihrer Eltern erteilen. Versicherungsfrei sind sie jedoch dann, wenn sie, wie z. B. Studenten, Seminaristen, während ihrer wissenschaftlichen Ausbildung für ihren zukünftigen Beruf unterrichten (§ 172 Ziff. 3 RVO.). Die Vergütungen, die ihnen von den mehreren Arbeitgebern gezahlt werden, müssen zusammengerechnet werden, und nach dem Gesamtbetrag ist die Lohnklasse zu bestimmen. Ergibt sich hierbei ein regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst von mehr als 2500 M., so besteht keine Versicherungspflicht (§ 165 Abs. 2 RVO.). Jeder Arbeitgeber haftet für die vollen Beiträge als Gesamtschuldner (§ 396 Abs. 1). Zahlt er alles, so kann er von den andern anteilmäßige Erstattung gemäß § 426 BGB. verlangen. Auf Antrag eines der Arbeitgeber stellt das Versicherungsamt die auf die einzelnen entfallenden Anteile fest (§ 396 Abs. 2). Vgl. auch Hahn, Krankenversicherung, Anm. zu § 396. Die Meldepflicht liegt an sich jedem Arbeitgeber ob, doch wird ihr genügt, wenn einer ihr nachkommt. Wer sich auf die anderen verläßt, tut das freilich auf seine Gefahr.

Krankengeld „für jeden Kalendertag" darf die Satzung nicht bewilligen.

9. Nach Stettin. Antwort: Nach § 191 RVO. kann die Satzung das Krankengeld „allgemein" für Sonn- und Feiertage zubilligen, d. h. auch für solche Feiertage, die nicht Arbeitstage des Versicherten sind und für die er daher nicht schon ohnehin nach § 182 Krankengeld erhalten muß. Dagegen kann die Satzung das Krankengeld nicht auch für Wochentage zubilligen, die nach der Art des Beschäftigungsverhältnisses keine Arbeitstage des Versicherten sind. Eine solche Satzungsbestimmung widerstreitet dem § 182 Abs. 1 Ziff. 2. Daher ist insoweit eine Satzungsbestimmung, wonach Krankengeld „für jeden Kalendertag" gezahlt wird, ungültig — trotz erlangter Genehmigung des Oberversicherungsamts. Die Satzung muß geändert werden.

Für eine nach Art. 15 Einf.Ges. z. RVO. ausgestaltete Kasse kann das Versicherungsamt kein Personal anstellen.

10. Nach Schwetzingen. Antwort: Nur bei neuerrichteten allgemeinen Ortskrankenkassen hat das Versicherungsamt, solange die Organe noch nicht gewählt sind, die Geschäfte wahrzunehmen, also auch das erforderliche Personal anzustellen, wobei es sich übrigens an gewisse Beschränkungen zu halten hat (Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 11. Juli 1913, II Ziff. 1 und 2; Arb.-Versorgg. 1913 S. 635). Für eine Kasse, die gemäß Art. 15 Einf.Ges. zur allgemeinen Ortskrankenkasse ausgestaltet wird, hat das Versicherungsamt überhaupt nicht die Befugnis, Anstellungsverträge zu schließen usw. Das ist, solange der neue Vorstand noch nicht gewählt ist, Sache des bisherigen Vorstandes.

Eine neuerrichtete Innungskrankenkasse hat Anspruch auf einen Anteil am Vermögen einer gleichzeitig geschlossenen Ortskrankenkasse.

11. Nach Liegnitz. Antwort: Da gleichzeitig mit der Schließung der in Frage stehenden Ortskrankenkasse die beiden Innungskrankenkassen ins Leben treten, so hat das Versicherungsamt die bei Innungsmitgliedern beschäftigten Personen den Innungskrankenkassen zuzuweisen, weil diese in dem maßgebenden Zeitpunkte die „zuständigen" Krankenkassen im Sinne des § 300 RVO. sind (§ 250 Abs. 2). Mithin haben diese beiden Kassen auch nach § 303 Anspruch auf einen Teil des Vermögens der geschlossenen Kasse.

a) Kassenmitgliedschaft der auch mit gewerblichen Arbeiten beschäftigten Dienstboten. b) Mitglieder der Landkrankenkassen.

12. Nach Rathenow. Antwort: a) Häusliche Dienstboten, die regelmäßig auch Geschäftsräume reinigen und Besorgungen für das Geschäft machen, müssen zur Allgemeinen Ortskrankenkasse angemeldet werden. Denn wenn sie in dem Betrieb oder anderen Erwerbsgeschäft des Dienstberechtigten beschäftigt werden, so ist diese Beschäftigung nach § 439 RVO. für ihre Versicherung maßgebend; sie gelten dann also als gewerbliche Arbeiter, sofern es sich um einen Gewerbebetrieb handelt.

b) Mitglieder der Landkrankenkassen sind in der Regel die in der Landwirtschaft Beschäftigten, die Dienstboten, die im Wandergewerbe Beschäftigten, sowie die Hausgewerbetreibenden und deren hausgewerblich Beschäftigten (§ 235 RVO.). Ferner kann der Bundesrat ihnen noch andere Gruppen von Versicherten zuweisen, die vor dem 1. Januar 1914 nicht versicherungspflichtig waren. Umgekehrt kann die oberste Verwaltungsbehörde einzelne Gruppen Landkrankenkassenpflichtiger den allgemeinen Ortskrankenkassen zuweisen (§ 236 RVO.). Sodann können Landkrankenkassenpflichtige, die jetzt einer Orts- oder Betriebskrankenkasse angehören, in gewissen Fällen nach Art. 29 Einf Ges. z. RVO. Mitglieder einer andern Kasse, als der Landkrankenkasse, sein.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Dippe**, Geh. Justizrat **J. Hahn**, Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat und Vortr. Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe Dr. **Hoffmann**, Geh. Reg.-Rat und Vortr. Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. **Laß**, Rat Dr. **Olshausen**, Geh. Rat Prof. Dr. **Rosin**, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. **K. Weymann**, Geh. Reg.-Rat Dr. **Zacher** u. anderen namhaften Fachmännern.
herausgegeben von
A. Troschel.

XXXI. Jahrgang. **21. Januar 1914.**

Redaktion:	**Nr. 3**	**Verlag und Expedition:**
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung A. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Der Eintritt in die Selbstversicherung und die nachträgliche Entrichtung von Beiträgen (§§ 1243 und 1443 RVO).

Von Oberregierungsrat **Kobler** in München.

In § 14 JVG. war in ähnlicher Weise wie durch § 8 J.- u. AVG. bestimmt, daß Personen verschiedener Kategorien befugt seien, freiwillig in die Versicherung einzutreten, solange sie das 40. Lebensjahr nicht vollendet hatten. Das Reichsversicherungsamt hat in dem Beschlusse 1006 Amtl. Nachr. 1902 S. 549 ausgesprochen, daß die nachträgliche Entrichtung freiwilliger Beiträge nicht für eine Zeit erfolgen könne, in der das freiwillige Versicherungsverhältnis noch nicht begründet war. Es hat dies aus dem Wortlaut des § 14 („einzutreten") sowie aus inneren Gründen gefolgert; die Selbstversicherung kann sich nicht vollziehen ohne eine entsprechende Willenserklärung des Berechtigten, und eine solche Willenserklärung wird regelmäßig erst in dem Antrage auf Ausfertigung einer Quittungskarte zum Zwecke der Selbstversicherung zum Ausdrucke kommen.

Der Grundsatz, den das Reichsversicherungsamt aussprach, gilt auch unter der Herrschaft der Reichsversicherungsordnung. Der Wortlaut des § 1243 RVO. entspricht im wesentlichen jenen des § 14 JVG. Wenn es jetzt heißt: zum freiwilligen Eintritt sind die betreffenden Personen berechtigt, so ist diese Aenderung ohne Bedeutung. § 1300 des ersten Entwurfes und § 1228 des letzten Entwurfes enthalten bereits den jetzigen Wortlaut. Die Motive S. 394 geben keinen Anhaltspunkt dafür, daß eine Aenderung des Sinnes beabsichtigt gewesen sei. Auch der Kommissionsbericht Teil IV S. 27 ff. enthält keinen solchen. Bei den Gesetzgebungsverhandlungen mußte die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts in der verhältnismäßig nicht unbedeutenden Angelegenheit bekannt sein. Trotzdem wurde keine Aenderung der alten Bestimmungen beschlossen, wie dies ja bei verschiedenen anderen Gelegenheiten der Fall war; es wurde vielmehr das Wort „Eintritt" wieder für den Ausdruck des gesetzgeberischen Gedankens gewählt. Daraus muß man eben schließen, daß an der Rechtslage, welche durch die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts geschaffen war, nichts geändert werden sollte.

Auch § 1443 RVO. entspricht in dieser Beziehung vollständig dem alten § 146 Satz 2 JVG. Beide Bestimmungen geben keine Erlaubnis, sondern ein Verbot; sie besagen nicht, daß freiwillige Beiträge in allen Fällen bis zu einem Jahr zurück entrichtet werden dürfen, sondern setzen nur das eine ausdrücklich fest, daß in keinem Falle freiwillige Beträge für mehr als ein Jahr zurück entrichtet werden können. Die Richtigkeit dieser Auffassung ergibt sich auch aus der Entwicklung des Rechtssatzes. Unter der Herrschaft des Invaliden- und Altersversicherungsgesetzes war die Nach-

Digitized by Google

holung der Beiträge durch das Gesetz selbst überhaupt nicht beschränkt. Erst durch § 146 JVG. ist eine solche ausdrückliche Beschränkung eingeführt worden, um die damals hervorgetretenen Zweifel und Mißbräuche zu beseitigen. Uebrigens wurde und wird durch den Grundsatz des Beschlusses 1006 die Nachholung von Beiträgen bei der Selbstversicherung durchaus nicht ausgeschlossen; es ist sogar zulässig, freiwillige Beiträge für die Zeit vor der Ausstellung der ersten Quittungskarte nachzuentrichten, wenn nämlich zwischen der Erklärung des Berechtigten und der Ausstellung der Quittungskarte einige Zeit verflossen ist. Man denke nur an zweifelhafte oder bestrittene Verhältnisse und vergleiche gerade den Fall des Beschlusses 1006! Deshalb konnten auch die Anweisungen der obersten Verwaltungsbehörden, die über die Ausstellung und den Umtausch der Quittungskarten vor dem Inkrafttreten des Invalidenversicherungsgesetzes ergingen, mit Recht schon für die Ausstellung der ersten Quittungskarte nach Formular B vorschreiben, daß diese Karte nicht für einen mehr als ein Jahr zurückliegenden Zeitraum verwendbar erklärt werden dürfe. Vgl. z. B. die Preußische Anweisung vom 17. November 1899 Ziff. 30 bei Gebhard-Düttmann, Kommentar zum Invalidenversicherungsgesetz S. 237 und die Bayrische Anweisung vom 27. Dezember 1899, Ziff. 46, die mit der Preußischen gleichlautet; der Bayrischen Anweisung ist übrigens ein Mustereintrag für die Quittungskarte Nr. 1 beigegeben, bei welcher der Vordruck „Verwendbar für die Zeit seit dem ...“ durchstrichen ist.

Freilich war anscheinend vor dem Beschluß 1006 die Rechtsfrage nicht vollständig geklärt. In der Literatur vertraten z. B. Gebhard-Düttmann (Invalidenversicherungsgesetz S. 641) die Anschauung, daß auch bei dem Eintritt in die Versicherung für ein Jahr Beiträge geleistet werden dürfen; Graßmann, (Kommentar S. 714) sprach sehr bestimmt das Gegenteil aus und seiner Ansicht scheinen auch Spielhagen und Isenbart (Komm. S 249. Anm. 11 zu § 14). Deshalb dürfte es dem Berechtigten eigentlich nicht verargt werden, wenn er annahm, daß Beiträge auch für die Zeit vor dem Eintritt in die freiwillige Versicherung entrichtet werden könnten. Trotzdem beseitigt dieser gute Glaube nicht die Unwirksamkeit der Beiträge, die infolge des Rechtsirrtums geleistet wurden. Auch eine falsche Belehrung durch die ausstellende Behörde könnte daran nichts ändern. Der gute Glaube desjenigen, der Beiträge entrichtet, wird durch die Reichsversicherungsordnung nicht in solcher Allgemeinheit geschützt und auch sonst besteht kein Rechtssatz, nach welchem der gute Glaube an sich zur Begründung eines Anspruchs ausreichen würde.

Das gleiche gilt für die Anwendung des Begriffes von Treu und Glauben, den man übrigens mit dem Begriffe des guten Glaubens nicht verwechseln darf. Wenn die Reichsversicherungsordnung in den Absätzen II und III des § 1445 Aenderungen getroffen hat, welche den bisher bekämpften Grundsatz von Treu und Glauben in das Verhältnis zwischen Versicherten und Versicherungsanstalt einführten, so ist damit selbstverständlich nicht seiner Anwendung in einem Umfange Tür und Tor geöffnet, der alle gesetzlichen Bestimmungen auflösen müßte. Uebrigens hat auch nach dem Grundsatze von Treu und Glauben der Versicherte nur das Recht mit Zuversicht darauf zu vertrauen, daß die Versicherungsanstalt in der Ausübung ihrer Rechte und Pflichten treu sein d. h. sich nicht in Widerspruch setzen werde mit einer eigenen Zusage oder Aufforderung. Die Unwirksamkeit der Beiträge kann deshalb nur dann beseitigt werden, wenn die Fälle des § 1445 Abs. II oder III gegeben sind, wenn also die Versicherungsanstalt die Gültigkeit der Markenverwendung anerkannt hat oder seit der Aufrechnung der Quittungskarte zehn Jahre ohne Anfechtung verflossen sind. Wenn die Quittungskarte nach ihrer Einsendung einfach in der Kartenregistratur hinterlegt wurde, ohne daß weitere Verhandlungen gepflogen worden wären, kann die Verwendung der Marken nur dann nicht mehr beanstandet werden, wenn zehn Jahre seit der Aufrechnung verflossen sind. In einem solchen Falle liegt kein Anerkenntnis im Sinne des § 1445 Abs. II vor; die einfache Hinterlegung kann um so weniger als Zusage der Versicherungsanstalt betrachtet werden, als die Anstalt zur Prüfung der Karte in keiner Weise verpflichtet war (vgl. hierzu auch die Revisionsentscheidung 1601, Amtl. Nachr. 1912 S. 681).

Die Gültigkeit der Beiträge, die vor dem Eintritt in die Selbstversicherung geleistet

Digitized by Google

wurden, bedeutet eine Befugnis der Versicherten die gesetzliche Wartezeit willkürlich um 52 Wochen abzukürzen. Eine solche Befugnis darf aber nicht über die Fälle des gesetzlichen Zwanges hinaus ausgedehnt werden; denn dadurch würde die Lage der Versicherungsanstalt, die ohnedies bei der Selbstversicherung häufig sehr schlechte Risiken übernehmen muß, ohne ihr Zutun noch weiter verschlechtert.

Die Zurückverweisung von Rentensachen durch das Oberversicherungsamt an die Landesversicherungsanstalt nach § 1690 RVO.

1. **Hat die Landesversicherungsanstalt die Stellung einer Partei oder eines Richters?** Wenn eine Berufsgenossenschaft zu einem Entschädigungsanspruch durch Bescheid Stellung nimmt, so scheint es zunächst, daß sie lediglich als Partei auftritt. Denn durch die Ablehnung eines Entschädigungsanspruchs wehrt sie eine Belastung ihrer eigenen Kasse ab, ebenso wie sie durch die Anerkennung des Entschädigungsanspruchs ausschließlich ihre eigene Kasse belastet. Die Berufsgenossenschaft ist es auch, die für die durch Anerkennung der Entschädigungsansprüche geschaffene Belastung ihrer Kasse die Deckung herbeischaffen muß.

Trotzdem sind die Berufsgenossenschaften nicht lediglich Partei, denn die Bescheide, die sie erlassen, werden rechtskräftig, wenn sie nicht innerhalb eines Monats angefochten werden. Sie sind also richterliche Sprüche, die in gleicher Weise die Berufsgenossenschaft wie die Entschädigungsberechtigten binden. Diese richterliche Tätigkeit soll schon bei den Berufsgenossenschaften im Vordergrunde stehen. In der Begründung zur Reichsversicherungsordnung S. 15 heißt es: „Der Gesetzgeber erblickte in den Versicherungsträgern nicht die Partei, mindestens nicht lediglich oder in erster Linie die Partei, sondern vornehmlich die öffentlich-rechtliche Körperschaft."

In weit größerem Maße trifft dies für die Landesversicherungsanstalten zu, weil hier die Parteiinteressen in den Hintergrund treten. Die Landesversicherungsanstalt ist nicht dafür verantwortlich, daß für die Renten, die sie bewilligt, Deckung vorhanden ist. Die Invalidenversicherungsbeiträge sind reichsgesetzlich festgesetzt. Die Landesversicherungsanstalt hätte die Renten auch zu bewilligen, wenn die Beiträge nicht ausreichen würden. Nötigenfalls müßte nach § 1402 RVO. der Garantieverband eintreten.

Durch die Anerkennung der Rentenansprüche belastet die Landesversicherungsanstalt auch in keinem Falle ausschließlich ihre eigene Kasse. Zunächst bewilligt die Landesversicherungsanstalt mit jeder Rente den Reichszuschuß, der bei niedrigen Renten mehr als die Hälfte (Witwenrente) oder ein Drittel (Invalidenrenten) der gesamten Rente ausmacht und bei den Waisenrenten so sehr in den Vordergrund tritt, daß dagegen die Belastung der Landesversicherungsanstalten fast verschwindet. Sodann aber kommt in Betracht, daß die Grundbeträge der Invalidenrenten und die Zuschüsse für Kinderrenten, die Anteile der Versicherungsanstalten an den Altersrenten, Witwen-, Witwer-, Waisenrenten, Witwengeld und Waisenaussteuer, die Steigerung der Renten infolge von Militärdienst- und Krankheitswochen und die Rentenaufrundungen Gemeinlast aller Versicherungsanstalten bilden. Zur Sonderlast der einzelnen Versicherungsanstalt gehören demnach lediglich die Rentensteigerungen bei der Invalidenrente. Das Interesse der einzelnen Versicherungsanstalt, ob eine Rente bewilligt wird oder nicht, ist also ein verschwindendes. Schließlich muß darauf hingewiesen werden, daß die Versicherungsanstalt über Rentenanträge auch dann entscheidet, wenn sie selbst keinerlei Beiträge für den Versicherten erhalten hat, an dem Ausgang der Sache also selbst nicht interessiert ist, denn die Zuständigkeit der Versicherungsanstalt richtet sich nach dem Wohn- oder Beschäftigungsort des Versicherten, nicht danach, wer die Beiträge empfangen hat.

Hiernach ist es nur zufällig, wenn die Versicherungsanstalt an der Anerkennung oder Ablehnung eines Rentenanspruchs ein eigenes pekuniäres Interesse hat. Da es auch keine

Digitized by Google

Bestimmung gibt, die der Versicherungsanstalt bei der Entscheidung über die Rentenanträge die Parteivertretung des Reichs oder etwa der Gemeinlast auferlegt, so kann man nicht sagen, daß die Landesversicherungsanstalt bei der Bescheidserteilung Partei ist. Ihr Bescheid ist vielmehr ein richterliches Urteil, ihre Tätigkeit bei der Entscheidung über die Rentenansprüche eine richterliche Tätigkeit.

Auf die eigenartige Stellung der Landesversicherungsanstalten im Berufungs- und Revisionsverfahren ist im Rahmen dieser Abhandlung nicht einzugehen.

2. **Ist die Landesversicherungsanstalt zur Aufklärung der Rentensachen verpflichtet oder befugt?** Das Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz enthielt im § 75 Abs. 2 folgende Bestimmung:

> Der Vorstand der Versicherungsanstalt hat den Antrag zu prüfen, und, sofern der Antrag nicht ohne weiteres abzuweisen ist, die früheren Quittungskarten einzufordern (§ 107). Erscheinen die beigebrachten Beweisstücke zur Abgabe einer Entscheidung nicht ausreichend, so sind weitere Erhebungen zu veranlassen. Die Kosten derselben fallen der Versicherungsanstalt zur Last.

Hierdurch war klar ausgesprochen, daß die Aufklärung des Tatbestandes im Rentenverfahren Aufgabe der Landesversicherungsanstalt war.

Das Invalidenversicherungsgesetz beseitigte diese Bestimmung. Wenn in einer Novelle zu einem Gesetze eine Bestimmung des ursprünglichen Gesetzes gestrichen wird, so muß, wenn sich nicht aus der Entstehungsgeschichte etwas anderes ergibt, geschlossen werden, daß der Gesetzgeber die Absicht gehabt hat, anzuordnen, daß die gestrichene Bestimmung nicht mehr gelten soll. Man würde also hier schließen müssen, daß nach der Absicht des Gesetzgebers es am 1. Januar 1900 an nicht mehr zu den Aufgaben der Versicherungsanstalten gehören sollte, im Rentenvorbereitungsverfahren den Sachverhalt aufzuklären. Das dieses in der Tat die Absicht des Gesetzes gewesen ist, ergibt sich aus der Entwicklung des Rechtes mit unzweideutiger Klarheit. Nach dem Gesetz von 1889 waren die Rentenanträge bei den unteren Verwaltungsbehörden anzumelden. Diese hatte die Vertrauensmänner zu hören, dem Vorstande der zuständigen Krankenkasse Gelegenheit zur Äußerung zu geben und dann den Antrag mit einer gutachtlichen Äußerung dem Vorstande der Versicherungsanstalt zu übersenden. Die Aufklärung des Tatbestandes gehörte nicht zu den Aufgaben der unteren Verwaltungsbehörden, vielmehr war, wie oben erwähnt, diese Aufgabe im § 75 Abs. 2 Invaliditäts- u. Altersversicherungsgesetz dem Vorstande der Versicherungsanstalt zugewiesen. Wenn nun das Invalidenversicherungsgesetz diese Bestimmung beseitigte, so mußte es dafür eine andere Stelle bestimmen, der diese Aufgabe fortab zufallen sollte. Das ist denn in der Tat geschehen. § 112 Abs. 2 JVG. bestimmte, daß die untere Verwaltungsbehörde oder Rentenstelle die zur Klarstellung des Sachverhalts erforderlichen Erhebungen anzustellen habe. Daß daneben auch noch die Landesversicherungsanstalt für derartige Erhebungen zuständig sein sollte, bestimmte das Invalidenversicherungsgesetz nicht.

Ganz ähnlich ist die Rechtslage nach der Reichsversicherungsordnung. Nach § 1617 RVO. ermittelt der Vorsitzende des Versicherungsamts nach freiem Ermessen, was zur Klarstellung des Sachverhalts erforderlich ist. Von der Landesversicherungsanstalt wird nur gesagt, daß die Leistungen durch den Vorstand der Versicherungsanstalt festgestellt werden und daß im Falle der Anerkennung oder Ablehnung ein schriftlicher, mit Gründen versehener Bescheid zu erteilen ist. Das die Landesversicherungsanstalt, wenn ihr der Tatbestand nicht genügend aufgeklärt scheint, weitere Erhebungen veranlassen kann oder soll, bestimmt das Gesetz nicht. Ist es aber selbstverständlich, daß die Landesversicherungsanstalt dieses Recht und diese Pflicht hat? Nach der ganzen Konstruktion des Gesetzes muß diese Frage verneint werden. Auf dem Gebiete der Unfallversicherung ist die Untersuchung des Unfalls und die Klarstellung des Sachverhalts — abgesehen von dem Grade der Erwerbsbeschränkung — Aufgabe der Ortspolizeibehörde (§§ 1559, 1564, 1565 RVO.); § 1571 RVO. gibt aber der Berufsgenossenschaft ausdrücklich das Recht, weitere Erhebungen anzustellen, wenn sie die Sache nicht für genügend aufgeklärt hält. Wenn nun dasselbe Recht der Landesversicherungsanstalt nicht verliehen ist,

Digitized by Google

so kann daraus nur gefolgert werden, das sie es eben nicht haben soll.

Aber die Landesversicherungsanstalt ist, wie oben dargelegt, Richter erster Instanz. Muß nicht aus dieser Eigenschaft gefolgert werden, daß sie dann auch das Recht haben muß, vor Erlaß der Entscheidung den Tatbestand aufzuklären? Auch diese Frage ist zu verneinen. Aus dem Umstande, daß eine bestimmte Stelle Richter ist, ergibt sich nicht das Recht für diese Stelle, den Tatbestand aufzuklären. Das wird besonders deutlich, wenn man an den Zivilprozeß denkt, wo der Richter nicht die objektive Wahrheit erforscht, sondern von den Parteianträgen abhängig ist. Und wo nach anderen Gesetzen der Richter die Sachlage aufzuklären hat, ist ihm dieses Recht und diese Pflicht durch besondere gesetzliche Bestimmunng verliehen oder auferlegt. So ist es auch in der Reichsversicherungsordnung; zu vgl. für das Spruchverfahren vor den Versicherungsämtern § 1652 RVO., vor den Oberversicherungsämtern § 1679 RVO. Diese Bestimmungen wären überflüssig, wenn man das Vorhandensein von Recht und Pflicht zur Aufklärung des Tatbestandes schon aus der Richtereigenschaft folgen wollte.

Den Landesversicherungsanstalten ist Recht und Pflicht zur Aufklärung des Tatbestandes nicht verliehen oder auferlegt. Für diese Geschäfte sind vielmehr nach der Reichsversicheruugsordnung die Versicherungsämter zuständig. Dies gilt nicht nur für das Rentenfeststellungsverfahren, sondern auch für das Rentenentziehungsverfahren (§ 1626 RVO. und § 92 der Kaiserl. VO. am 24. Dezember 1911 Verfahren von den Versicherungsämtern).

Hiernach handelt die Landesversicherungsanstalt formell korrekt, wenn sie den Tatbestand so hinnimmt, wie er ihr vom Versicherungsamt vorgelegt wird, und wenn sie demnach den Rentenantrag ablehnt, wenn die Voraussetzungen für den geltend gemachten Anspruch nicht mit genügender Sicherheit klar gestellt sind. Dem Abgewiesenen muß es dann überlassen bleiben, in der Berufungsinstanz die weitere Klarstellung des Sachverhaltes zu beantragen.

In der Praxis wird die Landesversicherungsanstalt in der Regel nicht so verfahren, denn es ist sozialpolitisch durchaus unerwünscht, daß die Klarstellung des Sachverhalts erst in der Berufungsinstanz erfolgt. Die Landesversicherungsanstalt wird daher regelmäßig das Versicherungsamt darauf hinweisen, daß das vorhandene Beweismaterial für die Anerkennung des Anspruchs nicht ausreicht, und wird weitere Aufklärung anheimgeben. Versagt das Versicherungsamt in diesem Punkte — sei es, daß es überhaupt weitere Ermittlungen als überflüssig ablehnt, sei es, daß es die Ermittlungen in ungenügender Weise anstellt — so kann sich die Landesversicherungsanstalt beschwerdeführend an die Dienstaufsichtsbehörde des Versicherungsamts wenden. Die Beschwerde würde dahin gehen, daß das Versicherungsamt die ihm obliegenden Dienstgeschäfte vernachlässigt. Die Landesversicherungsanstalt hat aber nicht das Recht, vom Versicherungsamt selbst zu verlangen, daß es seinem Ersuchen um weitere Klarstellung des Tatbestandes Folge leistet, denn die Landesversicherungsanstalt ist nicht vorgesetzte Behörde oder übergeordnete Instanz des Versicherungsamts. § 1571 Abs. 2 RVO., der den Berufsgenossenschaften das Recht gibt, eidliche Zeugenvernehmungen zu beanspruchen, gilt nicht für die Landesversicherungsanstalten (Lehmann Band V § 1571 Anm. 4 S. 173). Die Landesversicherungsanstalt kann die weitere Aufklärung des Tatbestandes auch nicht auf Grund des § 115 RVO. (Rechtshilfeparagraph) beanspruchen, wie im Gegensatz zu Lehmann (a. a. O.) aus zwei Gründen angenommen werden muß. Einmal gilt § 115 RVO. nur, wenn es sich um ein Ersuchen um Rechtshilfe handelt; ein solches liegt nicht vor, wenn es sich um ein Geschäft handelt, das der ersuchten Stelle durch das Gesetz als eigene Angelegenheit zugewiesen ist (Amtl. Nachr. 1899 S. 380 Ziff. 708). Bei der Aufklärung der Rentensachen handelt es sich aber um eigene Angelegenheiten der Versicherungsämter. Sodann gilt § 115 RVO. nur, wenn die ersuchende Behörde im Vollzuge des Gesetzes handelt, d. h. wenn sie der Rechtshilfe zur Erledigung der ihr obliegenden Pflichten zur Durchführung gesetzlicher Vorschriften bedarf (Düttmann, Komm. Bd. I § 115 Anm. 5 S. 182). Die Landesversicherungsanstalt würde aber bei derartigen Ersuchen nicht im Vollzuge des Gesetzes handeln, denn, wie oben dargelegt, hat sie die Rentensachen nicht aufzuklären, sondern lediglich über die Ansprüche zu ent-

Digitized by Google

scheiden. Eine Entscheidung ist aber in allen Fällen auch ohne weitere Aufklärung möglich, wenn die Landesversicherungsanstalt sich auf den formell korrekten Standpunkt stellt, den Antrag abzulehnen, wenn durch die Ermittlungen des Versicherungsamts ein ausreichender Nachweis für das Vorhandensein der gesetzlichen Voraussetzungen nicht geführt ist.

Die Landesversicherungsanstalten beschränken sich aber tatächlich nicht darauf, die Versicherungsämter darauf aufmerksam zu machen, wenn die Vorbereitung der Rentenanträge eine ungenügende ist, sondern sie nehmen auch in weitem Umfange selbst Ermittlungen vor, indem sie ärztliche Gutachten einziehen, Beobachtungen in Krankenanstalten anordnen, durch eigene Beamte Feststellungen an Ort und Stelle treffen lassen usw. So hat die Landesversicherungsanstalt Thüringen im Jahre 1912 in 414 Fällen derartige Erörterungen an Ort und Stelle eintreten lassen. Niemand wird den Landesversicherungsanstalten dieses wehren. Aber es darf nie außer acht gelassen werden, daß das Gesetz für dieses Verfahren keine Unterlagen bietet. Daraus folgt, daß keine Behörde verpflichtet ist, entsprechenden Ersuchen der Landesversicherungsanstalt Folge zu leisten, daß niemand sich als Zeuge vernehmen zu lassen braucht, daß der Antragsteller keine Rechtsnachteile erleidet, wenn er der Aufforderung der Versicherungsanstalt zu einer Nachuntersuchung oder einer Beobachtung in einer Anstalt nicht Folge leistet.

Aus diesen Erwägungen ergeben sich die Unterlagen für die Entscheidung der Frage, wann das Oberversicherungsamt Rentensachen an die Landesversicherungsanstalt zurückweisen darf.

3. **Wann ist die Zurückverweisung an den Vorstand der Landesversicherungsanstalt zulässig?** Hebt die Spruchkammer des Oberversicherungsamts den angefochtenen Bescheid der Landesversicherungsanstalt auf, weil das Verfahren an einem wesentlichen Mangel leidet, so kann sie die Sache nach § 1690 RVO. an die Landesversicherungsanstalt zurückverweisen. Das Invalidenversicherungsgesetz enthielt eine damalige Bestimmung nicht, trotzdem handelt es sich nicht um neues Recht. Das Reichsversicherungsamt hat zwar früher die Zurückverweisung einer Sache seitens des Schiedsgerichts an die erste Instanz für unzulässig erklärt, später aber die Zulässigkeit anerkannt, zunächst für das Gebiet der Unfallversicherung (Amtl. Nachr. 1903 S. 472 Ziff. 2002) und später auch auf dem Gebiete der Invalidenversicherung (Amtl. Nachr. 1904 S. 417 Ziff. 1127), und zwar in einem Falle, in dem die Landesversicherungsanstalt gegen § 112 Abs. 3 FVG. verstoßen hatte (Rückgabe der Sache an die untere Verwaltungsbehörde zur Anhörung der Beisitzer).

Wenn in § 1690 RVO. die Zurückverweisung an die Landesversicherungsanstalt wegen eines wesentlichen Mangels im Verfahren für zulässig erklärt wird, so kann dies nur dann gelten, wenn das Verfahren vor der Landesversicherungsanstalt an einem wesentlichen Mangel leidet, nicht auch dann, wenn der Mangel im vorbereitenden Verfahren vor dem Versicherungsamt gefunden wird. Denn aufgehoben wird der Bescheid der Landesversicherungsanstalt mit der Auflage, Versäumtes nachzuholen. Die Landesversicherungsanstalt ist aber, wie oben unter 2 dargelegt ist, nicht in der Lage, Mängel im Verfahren vor dem Versicherungsamt zu heilen. Wohl aber ist das Oberversicherungsamt hierzu imstande. Es hat das Recht und die Pflicht zur Aufklärung des Tatbestandes, kann also selbst den Beweis erheben oder das Versicherungsamt nach § 115 RVO. darum ersuchen, wenn dies im Einzelfall zweckmäßig erscheint oder notwendig ist, weil der Mangel nur durch das Versicherungsamt selbst geheilt werden kann, wie es bei der mündlichen Verhandlung mit den Versicherungsvertretern der Fall ist.

Hiernach ist die Zurückverweisung an die Landesversicherungsanstalt insbesondere nicht wegen mangelnder Aufklärung des Tatbestandes zulässig, denn diese ist nach der obigen Darlegung nicht Aufgabe der Landesversicherungsanstalt, sondern des Versicherungsamts. Dies ist schon früher vom Reichsversicherungsamt anerkannt (Amtl Nachr. 1904 S. 631 Ziff. 1178). Das Schiedsgericht hatte den Mangel des Verfahrens darin gefunden, daß der Bescheid sich auf die Feststellung des Nichtvorhandenseins der Invalidität beschränkt und nicht auch die Frage der Erfüllung der Wartezeit erörtert hatte. Das hat das Reichsversicherungsamt für unzulässig erklärt. Da der Rentenanspruch

Digitized by Google

schon abzuweisen sei, wenn Invalidität nicht vorliege, gleichviel, ob die Wartezeit erfüllt sei oder nicht, so sei die Abweisung mit dem Hinweis auf das Nichtvorhandensein von Invalidität ausreichend begründet; es müßte auch zu einer Verzögerung der Bescheiderteilung führen, wenn in jedem Falle die verschiedenen Bestandteile des Anspruchs eingehend geprüft werden sollten. Anderseits sei auch nicht abzusehen, inwiefern der Umstand, daß der Bescheid des Versicherungsträgers nur einen von mehreren in Betracht kommenden Anweisungsgründen als gegeben feststelle, die Berufungsinstanz, die in diesem Punkte anderer Meinung sei, hindern sollte, nun ihrerseits die übrigen Abweisungsgründe zu erörtern.

Das gleiche gilt in allen übrigen Fällen, in denen die Berufungsinstanz mangelnde Aufklärung des Sachverhalts annimmt. Insbesondere ist die Zurückverweisung nicht zulässig mit der Begründung, daß ein oder noch ein ärztliches Gutachten hätte eingefordert oder Beobachtung in einer Krankenanstalt hätte angeordnet werden müssen.

Da hiernach die Zurückverweisung nur zulässig ist, wenn der Landesversicherungsanstalt selbst ein wesentlicher Mangel des Verfahrens zur Last fällt, so ist die Zahl der in Betracht kommenden Fälle nur gering. Zulässig ist die Zurückverweisung zweifellos, wenn die Landesversicherungsanstalt in den Fällen des § 1632 RVO. die Rentensachen nicht an das Versicherungsamt zur mündlichen Verhandlung zurückzugeben hat (Amtl. Nachr. 1904 S. 417 Ziff. 1127), nicht aber, wenn die Landesversicherungsanstalt § 1632 RVO. beachtet hat, das Versicherungsamt aber die Vornahme der mündlichen Verhandlung ablehnt, denn dann liegt der Mangel im Verfahren beim Versicherungsamt. Das gleiche gilt, wenn die Landesversicherungsanstalt die nach § 89 der Kaiserl. Versicherungsordnung gestellte Anfrage des Vorsitzenden des Versicherungsamts, ob sie den Anspruch anerkenne, nicht beantwortet, sondern sogleich den Antrag ablehnt. Ebenso würde die Zurückverweisung zulässig sein, wenn das Versicherungsamt gar nicht in die Lage gekommen ist, sich gutachtlich zu äußern oder mündliche Verhandlung anzuberaumen, z. B. wenn das Versicherungsamt zunächst nur unter Aussetzung des Vorbereitungsverfahrens die Übernahme eines Heilverfahrens angeregt hatte.

Zulässig ist die Zurückverweisung, wenn der Bescheid nicht begründet ist, denn es liegt dann ein Verstoß gegen § 1631 RVO. vor. Verneint ist die Zulässigkeit der Zurückverweisung vom Reichsversicherungsamt bei unzulänglicher Begründung des Bescheides (Amtl. Nachr. 1906 S. 427 Ziff. 1258). Ich halte diese Entscheidung für grundsätzlich verfehlt, denn wenn das Gesetz verlangt, daß die Bescheide zu begründen sind, so liegt darin auch die Forderung einer ordnungsmäßigen Begründung. Ein Verstoß hiergegen muß als ein wesentlicher Mangel des Verfahrens bezeichnet werden. Wenn der Bescheid nur mit den Worten begründet wird: „Nach den angestellten Ermittlungen können Sie noch mehr als dieses Drittel verdienen", so ist das meines Erachtens überhaupt keine Begründung, sondern lediglich eine Redensart, unter der sich niemand etwas denken kann. Trotzdem hat das Reichsversicherungsamt gerade in diesem Falle die Zulässigkeit der Aufhebung des Bescheides verneint (Amtl. Nachr. 1906 S. 427 Ziff. 1258). Meines Erachtens war sie nirgends mehr angebracht als hier, denn da der Antragsteller die Gründe der Ablehnung nicht erfuhr, konnte er in der Berufungsinstanz seine Rechte nicht wirksam wahrnehmen und war deshalb benachteiligt. Und gerade dieser Mangel konnte lediglich durch Zurückverweisung geheilt werden.

Zulässig würde die Zurückverweisung aus dem eben dargelegten Grunde auch sein, wenn die Landesversicherungsanstalt in ihrem Bescheide nicht den ganzen Akteninhalt berücksichtigen, insbesondere wenn sie nur das mitteilen würde, was für den Anspruch ungünstig ist. Denn als Richter hat die Landesversicherungsanstalt den Tatbestand objektiv zu würdigen. Zu berücksichtigen ist allerdings nur das Ergebnis der formellen Beweiserhebung nach § 25 ff. der Kaiserl. Verordnung, nicht auch das Ergebnis der vorläufigen Befragung von Auskunftspersonen (§ 28 Abs. 5 a. a. O.), die lediglich der Vorbereitung der Beweiserhebung dient. Näheres hierüber bei Appelius, Düttmann, Seelmann, Das Verfahren vor den Versicherungsbehörden, Teil A § 28 Anm. 12.

Geeignet zur Zurückverweisung wegen mangelhafter Begründung des Bescheides sind nur Fälle mit groben, offensichtlichen Mängeln. Wollte das Oberversicherungsamt auch in

Digitized by Google

Fällen, in denen man verschiedener Ansicht sein kann, den Bescheid aufheben, so würde es sich der Gefahr aussetzen, daß die Versicherungsanstalt denselben Bescheid von neuem erläßt, denn, wie noch weiter unten dargelegt werden wird, ist die Landesversicherungsanstalt an die Rechtsauffassung des Oberversicherungsamts nicht gebunden.

4. **Wie ist zu verfahren, wenn die Landesversicherungsanstalt die Zurückverweisung für unzulässig hält?** Hat das Oberversicherungsamt einen Bescheid der Landesversicherungsanstalt aufgehoben und hält diese die Aufhebung für unberechtigt, so hat sie gegen die Entscheidung des Oberversicherungsamts das Rechtsmittel der Revision. Dieser Weg ist dann nicht gangbar, wenn die Revision nach § 1696 RVO. ausgeschlossen ist. Auch sonst schützt die Revision die Landesversicherungsanstalt nicht immer in ausreichendem Maße, nämlich dann nicht, wenn das Oberversicherungsamt nach § 1696 RVO. ausgeschlossen ist. Auch sonst schützt die Revision die Landesversicherungsanstalt nicht immer in ausreichendem Maße, nämlich dann nicht, wenn das Oberversicherungsamt nach § 1690 Abs. 2 RVO. die Gewährung einer vorläufigen Leistung angeordnet hat, die die Versicherungsanstalt bis zur Beendigung des Revisionsverfahrens zu zahlen hätte. Dasselbe gilt schließlich auch dann, wenn das Oberversicherungsamt einen Rentenentziehungsbescheid der Landesversicherungsanstalt aufhebt, denn auch hier wird diese in die Notwendigkeit versetzt, die Rente vorläufig wieder anzuweisen.

Trotzdem kann die Landesversicherungsanstalt sich gegen eine unzulässige Aufhebung ihrer Bescheide wirksam wehren. Wenn das Reichsversicherungsamt eine Entscheidung aufhebt und die Sache an eine Vorinstanz zurückverweist, so ist diese nach § 1715 RVO. an die rechtliche Beurteilung gebunden, die der Aufhebung des angefochtenen Urteils zugrunde liegt. Eine gleiche Bestimmung gilt für die Zurückverweisung einer Sache durch das Oberversicherungsamt an die Landesversicherungsanstalt nicht. Diese ist also nicht an die rechtliche Beurteilung des Oberversicherungsamts gebunden (Düttmann, Kommentar Bd. I § 1690 Anm. 4 S. 440, ebenso Düttmann, Appelius, Seelmann, Kommentar zum AVG. § 278 Anm. 2 S. 345), kann also, wenn sie die rechtliche Beurteilung des Oberversicherungsamts nicht teilt, den aufgehobenen Bescheid von neuem erlassen, z. B. wenn das Oberversicherungsamt den Bescheid wegen mangelnder Aufklärung des Sachverhalts aufgehoben hatte. In dem neuen Bescheide wäre dann außer der Wiederholung des alten Bescheides lediglich die Rechtsauffassung des Oberversicherungsamts zu widerlegen. Zu dieser Auffassung muß man kommen, wenn man die §§ 1690, 1715 RVO. lediglich aus sich heraus interpretiert.

Daß die Landesversicherungsanstalt an die Rechtsauffassung des Oberversicherungsamts gebunden ist, kann nicht etwa, wie es auf dem Gebiete des Zivilprozesses zum Teil geschehen ist (Gaupp-Stein, V. Aufl. II. Bd. S. 55), aus der formellen Rechtskraft des Berufungsurteils gefolgert werden, denn abgesehen von den Fällen, in denen die Revision ausgeschlossen ist (§ 1696 RVO.) wird die Landesversicherungsanstalt ihren zweiten Bescheid schon erlassen haben, während das Revisionsverfahren noch schwebt (daß dies zulässig ist, ergibt sich aus § 1608 RVO., wo für das Gebiet der Unfallversicherung für diejenigen Fälle, in denen die Berufsgenossenschaft von diesem Rechte Gebrauch macht, besondere Bestimmungen getroffen werden); die Rechtskraft des Berufungsurteils ist dann also nicht vorhanden. Auch daraus, daß die Landesversicherungsanstalt im Instanzenzuge dem Oberversicherungsamt nachgeordnet ist, kann nicht gefolgert werden, daß sie an die Rechtsauffassung des Oberversicherungsamts gebunden ist, wenn dieses einen Bescheid aufhebt. Denn derselbe Grund würde für das Revisionsverfahren zutreffen, die Bestimmung des § 1715 Abs. 2 RVO. wäre dann überflüssig. Es darf aber nicht ohne weiteres angenommen werden, daß der Gesetzgeber eine überflüssige Bestimmung an der einen Stelle in das Gesetz aufnimmt, an der anderen nicht. Wäre die Bestimmung überflüssig, so wäre sie es für die endgültigen Urteile der Revisionsinstanz noch mehr als für die noch anfechtbaren Urteile der Berufungsinstanz. Auch aus dem Umstande, daß die Bestimmungen der §§ 1690, 1715 RVO. sich schon in der Zivilprozeßordnung (§§ 539, 565) und von dieser, soweit es sich um die vorliegende

Digitized by Google

Frage handelt, unverändert in die Reichsversicherungsordnung und auch in das Versicherungsgesetz für Angestellte übernommen sind, ergibt sich, daß es sich nicht lediglich um eine mangelhafte Redaktion des Gesetzes handelt — diese wäre dann wohl in den neuen Gesetzen verbessert —, sondern um eine beabsichtigte abweichende Regelung des Verfahrens in den verschiedenen Instanzen. Schließlich liegt die Sache auf dem Gebiete der Reichsversicherungsordnung auch anders als auf dem Gebiete der Zivilprozeßordnung, zunächst weil, wie schon oben erwähnt, der Versicherungsträger einen neuen Bescheid erlassen kann, während noch das Revisionsverfahren aus Anlaß des ersten Bescheides schwebt, und weil unter Umständen die Versicherungsanstalt durch die Entscheidung des Oberversicherungsamts zu einer vorläufigen Zahlung verpflichtet wird. Aber auch andere Gründe rechtfertigen eine abweichende Beurteilung. Aus der historischen Entwicklung des § 539 ZPO. ergibt sich, daß die Befugnis zur Zurückweisung aus der Befugnis des Obergerichts entstanden ist, einen Unterrichter zur weiteren Verhandlung zu delegieren. Daraus folgt, daß das Verfahren vor dem ersten Richter sich als eine Fortsetzung des Verfahrens bei dem Berufungsgericht darstellt (Seuffert in der Zeitschrift für deutschen Zivilprozeß Bd. VII S. 54). Wenn hieraus die Bindung des ersten Richters an die Rechtsauffassung des Berufungsgerichts geschlossen wird, so trifft diese Erwägung für die Zurückverweisung an die Landesversicherungsanstalt nicht zu, denn das Verfahren bei der Landesversicherungsanstalt kann nicht eine Fortsetzung des Verfahrens vor dem Oberversicherungsamt sein, weil die Landesversicherungsanstalt lediglich zu entscheiden hat, ein weiteres Verfahren, insbesondere eine Aufklärung des Tatbestandes bei ihr nicht stattfindet. Auch der auf dem Gebiete des Zivilprozesses geltend gemachte Grund, daß, wenn die Bindung der ersten Instanz an die Rechtsauffassung des Berufungsgerichts nicht bestände, ein endloses Hin- und Herschieben des Prozesses zwischen der ersten und zweiten Instanz möglich wäre, greift für das Invalidenrentenfeststellungsverfahren nicht durch. Denn wenn die Landesversicherungsanstalt sich in unberechtigter Weise weigern würde, der Rechtsauffassung des Oberversicherungsamts zu folgen, so könnte dieses, wenn es sich um eine noch nicht entschiedene Zweifelsfrage handelt, die Sache beim Vorhandensein der sonstigen Voraussetzungen nach § 1693 RVO. an das Reichsversicherungsamt abgeben, und im übrigen die Aufsichtsbehörde der Landesversicherungsanstalt anrufen. Ein endloses Hin- und Herschieben des Prozesses brauchte hier also nicht einzutreten. Es war also auch sachlich berechtigt, zu bestimmen, daß die Vorinstanz bei den endgültigen Urteilen des Revisionsgerichts an dessen Rechtsauffassung gebunden ist, nicht aber bei den noch anfechtbaren Urteilen der Berufungsinstanz.

Wenn das Oberversicherungsamt den Bescheid der Versicherungsanstalt aufhebt, die Sache an die Landesversicherungsanstalt zurückweist und dabei die Gewährung einer vorläufigen Leistung anordnet, so ist die Landesversicherungsanstalt zur Gewährung dieser vorläufigen Leistung nur solange verpflichtet, bis sie einen neuen Bescheid erlassen hat. Das ergibt sich aus der Erwägung, daß die Leistung eben eine vorläufige ist, die gelten soll, bis die gesetzliche Leistung durch den Bescheid festgestellt oder der Anspruch darauf durch Bescheid abgelehnt wird.

Hiernach kann die Landesversicherungsanstalt, wenn ihrer Ansicht nach ihr Bescheid vom Oberversicherungsamt **zu Unrecht** aufgehoben ist, in folgender Weise verfahren:

Wird die Landesversicherungsanstalt durch die Aufhebung des Bescheides nicht zur Zahlung verpflichtet, handelt es sich also nicht um eine Rentenentziehungssache und hat das Oberversicherungsamt noch nicht eine vorläufige Leistung angeordnet, so wird die Landesversicherungsanstalt lediglich Revision einlegen: ist diese nach § 1696 RVO. ausgeschlossen, so wird sie den aufgehobenen Bescheid von neuem erlassen und in ihm weiter den Nachweis führen, daß die Aufhebung des Bescheides unzulässig war.

Wird aber die Landesversicherungsanstalt in den beiden eben genannten Fällen durch die Aufhebung des Bescheides zu einer vorläufigen Zahlung verpflichtet, so wird sie einmal Revision einlegen, weiter aber auch sogleich, jedenfalls bei Zustellung des Urteils, den aufgehobenen Bescheid von neuem erlassen und in ihm ihre Rechtsauffassung gegenüber dem Oberversicherungsamt vertreten, das dann

Digitized by Google

nötigenfalls die Sache nach § 1693 RVO. an das Reichsversicherungsamt abgeben kann. Die Verpflichtung zur Gewährung der vorläufigen Leistung fällt damit weg. In Rentenentziehungssachen dagegen ist die Rente vom Tage der Urteilsfällung durch das Oberversicherungsamt bis zum Ablauf des auf die Zustellung des neuen Bescheides folgenden Urteils anzuweisen.

Nach Abschluß dieser Arbeit sind die beiden Revisionsentscheidungen 1751, 1752 (Amtl. Nachr. 13 S. 674, 675) veröffentlicht, in denen aber zu der Frage, ob die Landesversicherungsanstalt bei der Zurückverweisung an die Rechtsauffassung des Oberversicherungsamts gebunden ist, nicht Stellung genommen ist. Auch ist nicht auf die Schwierigkeit eingegangen, die darin besteht, daß die Zurückverweisung an die Landesversicherungsanstalt erfolgt, für die Aufklärung des Tatbestandes aber das Versicherungsamt zuständig ist, auf dessen Geschäftsführung die Landesversicherungsanstalt keinen Einfluß hat.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

(J.) **Zum Begriff der „unständigen Beschäftigung" in der Krankenversicherung. Unständige Hafenarbeiter.**

Entscheidung des **Oberversicherungsamts in Bremen** vom 5. November 1913.

Die Landesversicherungsanstalt des H. hatte den lungenkranken Arbeiter W. zu B. in der Zeit vom 18. September bis 25. Oktober 1912 in einem Erholungsheim untergebracht und für diese Zeit die Ueberweisung des für W. fällig gewordenen Krankengeldes bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse in B., deren Mitglied W. war, in Antrag gebracht. Ueber die Höhe des zu überweisenden Krankengeldes entspann sich Streit. Die Krankenkasse wollte nur das Krankengeld der V. Lohnklasse mit 2,40 M. pro Tag überweisen da W. nur freiwilliges Mitglied der Kasse sei und als solches Beiträge zur V. Lohnklasse geleistet habe, während die Landesversicherungsanstalt sich auf den Standpunkt stellte, daß W. auf Grund seine Beschäftigung als Proviantarbeiter bei der Firma H. in B. Pflichtmitglied der beklagten Ortskrankenkasse geworden sei und als solches nach Maßgabe seines Arbeitsverdienstes der VI. Lohnklasse angehört habe, in welcher das tägliche Krankengeld 3 M. betrage.

Gegenstand der Entscheidung war demgemäß die Frage, ob der von der Firma H. als Proviantarbeiter beschäftigte W. krankenversicherungspflichtig war oder nicht.

Die beklagte Kasse machte geltend, daß die zahlreichen von der Firma H in gleicher Weise wie W. beschäftigten Personen, die von ihr immer nur zur Verproviantierung eines Schiffes für einige Tage angenommen wurden, von jeher als unständige Arbeiter im Sinne der Ausnahmevorschrift des § 1 KVG. behandelt und demgemäß nicht zur Krankenkasse gemeldet worden seien.

Die Klägerin erklärte die Anwendbarkeit dieser Ausnahmebestimmung auf den vorliegenden Fall rechtlich für unhaltbar. Nach den angestellten Ermittlungen über den Geschäftsbetrieb der Firma H. handele es sich bei ihren Proviantarbeitern nicht um eine durch die Natur ihres Gegenstandes oder durch den Arbeitsvertrag im voraus auf einen Zeitraum von weniger als eine Woche beschränkte Beschäftigung, vielmehr müsse man nach Lage der Sache die vertraglichen Beziehungen der Firma zu ihren Proviantarbeitern als auf unbestimmte Zeit abgeschlossene Arbeitsverträge bezeichnen.

Das Versicherungsamt Br. hat darauf gemäß § 58 KVG. entschieden, daß die fraglichen Proviantarbeiter als unständige Arbeiter nicht Pflichtmitglieder der beklagten Kasse, die Ansprüche der Landesversicherungsanstalt daher unbegründet seien.

Gegen diese Entscheidung hat die klagende Landesversicherungsanstalt Berufung eingelegt, worauf das Oberversicherungsamt dem Anspruch der Klägerin mit folgender sachlicher Begründung stattgegeben hat:

In der Sache selbst hat der Anspruch der Klägerin als gerechtfertigt anerkannt werden müssen. Es ist darüber zu entscheiden gewesen, ob die Ausnahmebestimmung in § 1 Abs. 3 KVG. auf das Arbeitsverhältnis des W. Anwendung findet oder nicht. Die Ausnahmebestimmung besagt, daß eine Beschäftigung versicherungsfrei ist, wenn sie durch die Natur ihres Gegenstandes oder im voraus durch den Arbeitsvertrag auf einen Zeitraum von weniger als einer Woche beschränkt ist. Wie nicht bestritten, war die Beschäftigung des W. folgendermaßen: W. war im Jahre 1912 Proviantarbeiter bei der Firma H. in B., die vertraglich die Be- und Entladung sämtlicher Schiffe des Norddeutschen Lloyd auszuführen hatte. Die Firma beschäftigte eine Anzahl Vorarbeiter, die für jeden Tag Auftrag über die von ihnen auszuführenden Arbeiten erhielten. Zur Erledigung der Aufträge mußten Arbeiter angenommen werden, die sich täglich an Arbeiterannahmestellen im Hafen einstellten. Die Arbeiter wurden hier angenommen und täglich entlohnt. Mit der Zeit hatte sich nun herausgebildet, daß durchgängig jeder Vorarbeiter seine bestimmten Arbeiter hatte (sog. Gänge). Diese Arbeiter erschienen morgens auf den Annahmestellen und erkundigten sich nach Arbeits-

Digitized by Google

gelegenheit für den Tag. Die Arbeiter wurden immer nur für die Uebernahme des Proviants auf „ein" Schiff angenommen, wurden aber, wenn weitere Schiffe zwecks Verproviantierung da waren, nach erledigter Arbeit — unter Umständen mit größeren oder kleineren Unterbrechungen — an das weitere Schiff dirigiert. Sie erhielten Stundenlohn und konnten die Arbeit jederzeit aufgeben, wie sie auch jederzeit von der Firma H. entlassen werden konnten.

Will man nun diese Tätigkeit mit der Ausnahmebestimmung des § 1 Abs. 3 KVG. in Beziehung bringen, so ergibt sich zunächst, daß die erste Alternative für die Versicherungsfreiheit, nämlich daß die Beschäftigung durch die Natur ihres Gegenstandes auf einen Zeitraum von weniger als eine Woche beschränkt ist, nicht gegegeben ist, denn es liegt auf der Hand, daß sich die Beschäftigung eines Proviantarbeiters an sich über eine Woche erstrecken kann. Uebrig bleibt also nur, ob im voraus durch den Arbeitsvertrag die Beschäftigung auf einen Zeitraum von weniger als eine Woche beschränkt worden ist. Hierfür erscheint allerdings der Umstand zu sprechen, daß die fraglichen Proviantarbeiter nur für die Uebernahme des Proviants auf „ein" Schiff angenommen werden, daß also die Verproviantierung eines Schiffes, die sich natürlich innerhalb einer Woche vollzieht, den Gegenstand des Arbeitsvertrages bildet. Die Annahme, daß hier eine versicherungsfreie Beschäftigung vorliegen könne, ist aber nicht aufrecht zu erhalten, wenn man anderseits berücksichtigt, daß sich die Proviantarbeiter nach ihrer ersten Annahme täglich bei ihren Vorarbeitern nach Arbeit erkundigen und daß sie nach Verproviantierung eines Schiffes an ein weiteres Schiff dirigiert werden. Aus diesem Geschäftsverfahren muß vielmehr gefolgert werden, daß die Parteien darüber einig gewesen sind, daß der einmal angenommene Arbeiter stets zu der jeweils vorhandenen Arbeit herangezogen werden soll, daß also nicht täglich ein neuer Arbeitsvertrag geschlossen wird, sondern daß es sich um einen im voraus auf unbestimmte Zeit geschlossenen Arbeitsvertrag handelt. Hiergegen kann auch nicht die beiderseitige tägliche Kündigung angeführt werden, da dieselbe mit dem auf unbestimmte Zeit abgeschlossenen Arbeitsvertrag wohl vereinbar ist. Auch daß das Arbeitsverhältnis zeitweilig — wegen nicht vorhandener Arbeit — unterbrochen werden kann, spricht nicht gegen die vertretene Auffassung. Mit Recht bemerkt die Klägerin, daß die Unterbrechungen in der Art des Geschäftsbetriebes begründet sind, und die Beteiligten mit ihnen rechnen.

Wenn die erstinstanzliche Entscheidung sich darauf gründet, daß W. in den Monaten August und September 1912 nur drei Tage bei der Firma H. gearbeitet hat, und aus diesem Grunde den W. als Gelegenheitsarbeiter bezeichnet, so kann dieser Begründung nicht gefolgt werden, da W. unbestrittenermaßen in den genannten Monaten krank gewesen ist. Anderseits zeigt die von der Klägerin in Abschrift überreichte Lohnliste des W. für die Zeit von August 1911 bis Juli 1912, daß W. täglich bei der Firma H. gearbeitet hat. Die Beschäftigung eines solchen Arbeiters kann unmöglich unter die Ausnahmebestimmung des § 1 Abs. 3 KVG. fallen. Wer täglich bei derselben Firma arbeitet, schließt nicht täglich einen neuen Arbeitsvertrag ab; hier kann es sich nur um einen im voraus auf unbestimmte Zeit abgeschlossenen Arbeitsvertrag handeln, in dem unter den Parteien — wenn auch stillschweigend — Einverständnis darüber herrscht, daß sich der Arbeiter nach der erstmaligen Annahme zur weiteren Arbeit zur Verfügung stellt, und daß ihm der Arbeitgeber die jeweils vorhandene Arbeit übertragen wird.

Es ist demnach die Beschäftigung des W. als versicherungspflichtig anzusehen. Da er als Versicherungspflichtiger unbestrittenermaßen zur 6. Klasse gehört, ist der Anspruch der Klägerin auf Erstattung der Pflegekosten im Betrage von 99 M., deren Höhe auch nicht bestritten ist, nach § 1518 Abs. 2 RVO. gerechtfertigt.

Satzungsmäßige Beschränkungen der Wählbarkeit sind unzulässig.

Entscheidung des **Sächs. Landesversicherungsamts** vom 8. November 1913.

Ein Oberversicherungsamt hatte die Genehmigung einer Satzungsbestimmung versagt, wonach als Vertreter der Versicherten zum Vorstande nur wählbar sein sollte, wer mindestens drei Jahre ununterbrochen der Kasse angehört. Die Beschwerde gegen die Versagung wurde vom Landesversicherungsamt zurückgewiesen. **Gründe:**

Die Versagung der Genehmigung gründet sich auf § 324 RVO., die Zuständigkeit des Landesversicherungsamts zur Entscheidung auf die Beschwerde auf §§ 1781, 1793 RVO. Die zur Beschwerde gezogene Entscheidung muß aus folgenden Erwägungen als gerechtfertigt anerkannt werden. In dem allgemeinen, ersten Buche der Reichsversicherungsordnung sind für alle Versicherungsträger gemeinsam in den §§ 12 ff. die Voraussetzungen für die passive Wählbarkeit einheitlich bestimmt. In dem die Krankenversicherung betreffenden zweiten Buche der Reichsversicherungsordnung sind lediglich für diesen Zweig der Versicherung in den §§ 327 ff. zu den allgemeinen Wahlvorschriften noch einige Sonderbestimmungen getroffen. Unter anderem ist in § 337, der sich wieder nur auf die Orts- und Landkrankenkassen

Digitized by Google

bezieht, zugelassen, daß die Satzung solche Arbeitgeber, die mit Zahlung der Beiträge im Rückstande sind, von der Wählbarkeit und Wahlberechtigung ausschließen kann. Diese Ausnahmebestimmung ist nach § 341 auch für Innungskrankenkassen, aber nach §§ 338 und 339 nicht für Betriebskrankenkassen zugelassen. Für letztere findet sich dagegen eine andere Sondervorschrift in § 340, wonach weder wählbar noch wahlberechtigt ist, wer die Mitgliedschaft bei der Kasse freiwillig fortsetzt. Aus dieser Art und Weise des Aufbaues der Bestimmungen über die Wählbarkeit zu den Organen der Versicherungsträger im allgemeinen und der Krankenkassen im besonderen ist zu folgern, daß die Reichsversicherungsordnung die Voraussetzungen dafür erschöpfend geregelt hat und deshalb noch andere Satzungsbestimmungen zu treffen unzulässig ist, weil nach § 323 RVO. die Satzung nicht bestimmen darf, was gesetzlichen Vorschriften zuwiderläuft. Es würde auch bei entgegengesetzter Auffassung der Willkür Tor und Tür geöffnet sein, wenn alles als erlaubt gelten sollte, was nicht ausdrücklich verboten sei; z. B. könnte ein bestimmtes Religionsbekenntnis, bestimmte Anforderungen an den Wohnort usw., als einschränkendes Erfordernis aufgestellt werden. Wenn der Beschwerdeführer auf den Artikel in Nr. 18 der „Betriebskrankenkasse" verweist und dieser auf die Praxis und das Musterstatut nach dem früheren Krankenversicherungsgesetze Bezug nimmt, so lag unter der Geltung dieses früheren Gesetzes die Sache insofern etwas anders, als damals eine allgemeine, den §§ 12 ff. RVO. entsprechende Bestimmung über die Wählbarkeit fehlte. Im übrigen gründet ebenso wie der Beschwerdeführer der genannte Aufsatz seine Ansicht nur auf Zweckmäßigkeitserwägungen, die zwar nicht ganz von der Hand zu weisen, aber dem Gesetze gegenüber allein nach § 323 RVO. nicht für genügend anzusehen sind.

Anmerkung: Die Entscheidung deckt sich mit unseren Ausführungen im Jahrg. 1913 S. 716.

B. Zur Unfallversicherung.

Zum Begriff der „Dauerrente" im Sinne der Reichsversicherungsordnung.

Rekursentscheidungen des **Reichsversicherungsamts** vom 17. September 1913.

Durch den Endbescheid vom 29. März 1913 hat die Beklagte die dem Kläger wegen der Folgen des Unfalls vom 17. Juli 1909 durch Urteil des Schiedsgerichts am 23. April 1910 mit Wirkung vom 18. Oktober 1909 ab zugesprochene Teilrente von 30 % entzogen. Die Unterlagen, auf Grund deren die Entschädigung entzogen werden sollte, sind dem Berechtigten nach dem 31. Dezember 1912 mitgeteilt worden, also zu einer Zeit, in der die Vorschriften des Sechsten Buches der Reichsversicherungsordnung bereits in Kraft getreten waren. Gemäß Art. 85, 89 Einf.Ges. z. RVO. richtet sich daher im vorliegenden Falle das Verfahren nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung. Nach § 1700 dieses Gesetzes ist der Rekurs aber ausgeschlossen, wenn es sich um vorläufige Renten oder um Neufeststellung von Dauerrenten wegen Aenderung der Verhältnisse handelt. Der zur Entscheidung stehende Rekurs war mithin nur dann zuzulassen, wenn die Entziehung der Rente durch den angefochtenen Endbescheid der Beklagten als Feststellung (Ablehnung) der Dauerrente im Sinne der Reichsversicherungsordnung anzusehen ist. Das hat der erkennende Senat angenommen. Er hat sich dabei wie in der Rekursentscheidung vom gleichen Tage in der Unfallversicherungssache des Handarbeiters Gustav M. gegen die Thüringische Baugewerks-Berufsgenossenschaft (I a 8225/13 14 B)[1]) aus den dort entwickelten Gründen auf den Standpunkt gestellt, daß die Vorschriften des § 609 in Verbindung mit § 1585 RVO. auch auf Renten aus Unfällen anzuwenden sind, die sich vor dem 1. Januar 1913 ereignet haben. Die Rente, um deren Entziehung es sich hier handelt, ist innerhalb der ersten beiden Jahre nach dem Unfalle festgestellt worden. Sie war also noch nicht mit Jahresbindung festgesetzt, konnte vielmehr zu jeder Zeit abgeändert werden. Ihr fehlt also das materiellrechtliche Kennzeichen der Dauerrente der Reichsversicherungsordnung, deren Neufeststellung nur in Zeiträumen von mindestens einem Jahre vorgenommen oder beantragt werden darf. Als Dauerrente im Sinne der Reichsversicherungsordnung kann sie also nicht gelten. Aber auch als vorläufige Rente im Sinne der Reichsversicherungsordnung kann sie nicht angesehen werden. Denn ihre Abänderung setzt eine Veränderung der Verhältnisse voraus und eine Aenderung des ihrer Berechnung zugrunde gelegten Jahresarbeitsverdienstes ist nicht mehr angängig, während die vorläufige Rente auch ohne Aenderung

[1]) Siehe Arb.-Versorgg. 1913 S. 778.

Digitized by Google

der Verhältnisse abgeändert und hinsichtlich des Jahresarbeitsverdienstes nachgeprüft werden kann. Zur Zeit des Erlasses des angefochtenen Endbescheids, durch den die Rente dem Kläger entzogen worden ist, waren zwei Jahre nach dem Unfalle vergangen. Spätestens mit dem Ablaufe von zwei Jahren nach dem Unfall ist nach § 1585 Abs. 2 RVO. die Dauerrente festzustellen. Die Beklagte konnte also durch den Rentenänderungsbescheid nur die Dauerrente feststellen. Die Entziehung der Teilrente von 30% ist demnach als Ablehnung der Dauerrente anzusehen, der Rekurs mithin zulässig.

Die Zulässigkeit des Rekurses hätte übrigens auch dann bejaht werden müssen, wenn es sich um die nach dem 31. Dezember 1912 vor Ablauf von zwei Jahren nach dem Unfalle vorgenommene Rentenentziehung handeln würde und ferner, wenn der Versicherungsträger durch einen unter der Herrschaft der Reichsversicherungsordnung erlassenen Bescheid wegen mangelnder Erwerbsunfähigkeit jede Entschädigung abgelehnt hätte. Denn auch in diesen Fällen wäre, wie in dem vorliegenden, die Ablehnung der Dauerrente gegeben.

Unfall beim Zubereiten von Speisen als Betriebsunfall.

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 4. Juli 1913.

Der Unfall hat die Klägerin während der Frühstückspause betroffen, als sie sich mit ihren Mitarbeiterinnen in dem von der Arbeitgeberin zum Aufenthalt des Personals während der Pausen zur Verfügung gestellten Raume aufhielt. Sie stand neben dem der Erwärmung dieses Raumes dienenden Kanonenofen, als plötzlich, wahrscheinlich infolge des beim Oeffnen der Tür entstehenden Luftzuges, Flammen aus dem Ofen herausschlugen und die Kleider der Klägerin in Brand setzten. Es ist hier einzuschalten, daß die Verletzte den Ofen zu einem betriebsfremden Zweck, für welchen er weder geeignet, noch bestimmt war, im eigenwirtschaftlichen Interesse verwendete und nur hierdurch in den Bereich der Flammen geraten ist. Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme, insbesondere den Aussagen der Zeuginnen B. und K. unterliegt es ferner keinem Zweifel, daß der fragliche Ofen schadhaft war und daß aus ihm schon mehrere Flammen herausgeschlagen waren. Die Sachlage rechtfertigt die Annahme, daß diese Schadhaftigkeit des Ofens die, wenn nicht auslösende, so doch zum mindesten wesentlich einwirkende Ursache des Unfalls der Klägerin gewesen ist.

Hinsichtlich der Frage, ob dieser Unfall als Betriebsunfall anzuerkennen ist, ist davon auszugehen, daß das Reichsversicherungsamt in seiner Rechtsprechung allerdings die den Arbeitern während der Pausen vom Arbeitgeber zugewiesenen Räume grundsätzlich nicht als eine zum Betriebe gehörige Einrichtung in dem Sinne angesehen hat, daß jeder den Arbeitern bei Gelegenheit des Aufenthalts darin zustoßender Unfall als Betriebsunfall anzusehen ist (zu vgl. Handb. der Unfallvers. 3. Aufl., Anm. 41 zu § 1 GUVG). Anderseits hat das Reichsversicherungsamt aber auch nicht verkannt, daß derartige Einrichtungen, die insbesondere Kräfte und Zeit der Arbeiter für ihre Berufstätigkeit zusammenhalten sollen, doch in engen Beziehungen zum Betriebe stehen, sofern ihre Einrichtung regelmäßig durch das Betriebsinteresse wesentlich mit bedingt ist (zu vgl. Handb. der Unfallvers. Anm. 52 Abs. 10 zu § 1 GUVG. S. 114). Ein den Arbeitern während der Pause zustoßender Unfall ist daher regelmäßig dann noch dem Gefahrenbereiche des Betriebes zuzurechnen, wenn er durch die schadhafte Beschaffenheit des betreffenden, mit im Interesse des Betriebes geschaffenen Raumes oder einer zu diesem gehörigen Einrichtung unmittelbar verursacht wird (ähnlich auch Rekursentsch. 513 Amtl. Nachr. 1888 S. 214, in der ein Betriebsunfall angenommen wurde, als ein Arbeiter bei Benutzung des Fabrikaborts infolge dessen mangelhafter Beschaffenheit verunglückte). Im vorliegenden Falle werden die hiernach für die Annahme eines Betriebsunfalles erforderlichen besonderen Beziehungen zwischen Unfall und Betrieb dadurch hergestellt, daß der Unfall durch die mangelhafte Beschaffenheit des der Erwärmung des Aufenthaltsraumes dienenden Ofens mit verursacht worden ist. Ein Betriebsunfall liegt daher vor, und die Beklagte war demgemäß zur Entschädigung desselben dem Grunde nach zu verurteilen.

Digitized by Google

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Strafbares Inverkehrbringen entwerteter Versicherungsmarken.

Urteil d. **Reichsgerichts**, 4. Strafsen., v. 12. März 1913.

Der Angeklagte hatte in die Quittungskarte seines bei ihm im Jahre 1911 beschäftigten Arbeiter A. die vorgeschriebenen Marken nicht eingeklebt. Er gab ihm deshalb Anfang 1912 mehrere bereits entwertete Marken, die er aus der Karte des Arbeiters B. entnommen hatte, mit dem Auftrag, sie in seine Karte einzukleben. A. tat dies aber nicht, sondern lieferte die Marken der Polizeibehörde unter Mitteilung des Sachverhaltes ab. Der Angeklagte wurde in erster Instanz von der Anklage aus § 1497 RVO. freigesprochen, weil das Gericht annahm, daß er entwertete Marken nicht „in Verkehr gebracht" habe. Auf Revision des Staatsanwalts wurde dies Urteil jedoch aufgehoben aus folgenden Gründen:

Da das „Inverkehrbringen" im Jahre 1912 stattgefunden hat so scheidet das Invalidenversicherungsgesetz vom 13. Juli 1899 aus, und es kommen ausschließlich die Vorschriften des am 1. Januar 1912 in Kraft getretenen 4. Buches der Reichsversicherungsordnung zur Anwendung. Ein Wiederverwenden der Marken liegt allerdings nicht vor, da die dem A. übergebenen Marken nicht in die Quittungskarte eingeklebt worden sind. Allein fehl geht die Ausführung des Gerichtes, von einem „Inverkehrbringen" könne nicht die Rede sein, weil der Angeklagte die Marken nur dazu habe verwenden wollen, um seine gesetzliche Versicherungsbeitragspflicht dem A. gegenüber zu erfüllen, weil es sich daher um ein konkretes Rechtsverhältnis zwischen zwei von vornherein bestimmten Personen, welches durch das Einkleben der Marken seine Erledigung finden sollte, gehandelt habe. Die Staatsanwaltschaft rügt dagegen mit Recht, daß das Gericht den Begriff des Inverkehrbringens verkannt habe. Während § 187 IVG. vom 13. Juli 1899 denjenigen mit Strafe bedroht, der bereits verwendete Marken veräußert, verbietet § 1497 RVO., durch den der Tatbestand der strafbaren Handlung gegenüber dem § 187 a. a. O. erweitert worden ist, anstatt des Veräußerns jedes Inverkehrbringen der Marken. Dieser Begriff ist in § 1497 nicht näher erläutert, doch ist aus dem Zweck dieser Gesetzesbestimmung, jeder mißbräuchlichen Benutzung bereits verwendeter Marken vorzubeugen und daher zu verhindern, daß sie wieder in Umlauf gesetzt werden, zu entnehmen, daß darunter jede Handlung zu verstehen ist, durch welche solche Marken zur Benutzung für ihren ursprünglichen Zweck an andere überlassen werden unter Umständen, wo der vom Gesetz verpönte Mißbrauch nicht nur eintreten kann, sondern sogar eintreten soll. Rechtlich unerheblich ist, daß die Ueberlassung zur Erfüllung der dem Angeklagten dem A. gegenüber obliegenden Beitragspflicht erfolgte. Denn dieser Zweck macht das Inverkehrbringen nicht zum erlaubten, da es in § 1497 allgemein ohne Rücksicht auf den vom Täter verfolgten Zweck untersagt ist. Auch darauf kommt es nicht an, daß die Marken einer bestimmten Person übergeben sind. Der Begriff des Inverkehrbringens erfordert nicht, daß die Marken dem Publikum zugänglich gemacht sind, sondern es genügt jedes Ueberlassen an einen anderen zu einer ihrer ursprünglichen Zweckbestimmung entsprechenden Benutzung.

(Deutsche Juristen-Zeitung Sp. 1444.)

Verbot des Mannes entschuldigt nicht die Weigerung der Frau, sich einer Beobachtung zu entziehen (§ 1306 RVO).

Revisionsentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 11. Juni 1913.

Mit Recht haben die Vorinstanzen angenommen, daß die Klägerin sich der von der Beklagten angeordneten Beobachtung im städtischen Krankenhause in St. ohne Grund entzogen habe. Der Umstand, daß der Ehemann der Klägerin ihr angeblich verboten hat, sich der Beobachtung zu unterziehen, ist nicht erheblich. Allerdings steht nach § 1354 Abs. 1 BGB. dem Manne die Entscheidung in allen das gemeinschaftliche eheliche Leben betreffenden Angelegenheiten zu, er bestimmt insbesondere Wohnort und Wohnung. Indessen ist die Frau nach § 1354 Abs. 2 a. a. O. nicht verpflichtet, der Entscheidung ihres Mannes Folge zu leisten, wenn sie sich als ein Mißbrauch seines Rechtes darstellt. Das ist hier der Fall. Denn triftige Gründe für das Verbot des Ehemanns sind nicht ersichtlich. Er kann sich, soweit es notwendig ist, während der Abwesenheit seiner Frau in einer Speiseanstalt beköstigen lassen und sich erforderlichenfalls auch eine dritte Person zu seiner Bedienung annehmen. Die etwaigen Mehrkosten, die hierdurch entstehen, fallen als durch die Beobachtung verursacht der Versicherungsanstalt zur Last (zu vgl. Handb. der Unfallvers. 3. Aufl., Anm. 1 b zu § 20 der Kaiserl. Verordnung, betr. das Verfahren von den Schiedsgerichten für Arbeiterversicherung). Verfehlt ist auch die Ansicht der Klägerin, daß § 1305 Satz 2 RVO. anzuwenden sei, wonach die Einleitung eines mit einem Krankenhausaufenthalt verbundenen Heilverfahrens für verheiratete Rentenempfänger nur mit ihrer Zustimmung zulässig ist (zu vgl. § 1270 Abs. 2 RVO). Denn hier handelt es sich nicht um die Durchführung eines Heilverfahrens, sondern um eine Beobachtung der Klägerin; maßgebend sind daher lediglich die Vorschriften des § 1306 a. a. O. Hiernach war die Beklagte befugt, der Klägerin die Rente auf Zeit teilweise zu entziehen.

Digitized by Google

D. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Grenzen der Befugnis der Gemeinden zur Verleihung von Amtsbezeichnungen.

Aus einer Entscheidung des **Preuß. Oberverwaltungsgerichts**, 1. Senats, vom 26. Mai 1913.

Zu der Frage der Titelverleihung durch Gemeinden und andere zur Selbstverwaltung berufene Korporationen hat das Oberverwaltungsgericht bereits in den Entscheidungen vom 5. April 1880 und vom 30. Oktober 1895 (Bd. 6 S. 52 der amtlichen Sammlung und Preuß. Verw., Jahrg. 17 S. 224) Stellung genommen. In ihnen ist dargelegt worden, daß die Befugnis, Titel zu verleihen, zu den ausschließlichen Rechten der Krone gehört und daß unter Titel in diesem Sinne (Titel im engeren Sinne) eine Benennung zu verstehen ist, welche nicht lediglich zur Bezeichnung des Amtes dient, sondern ihrem Träger einen Rang oder sonstige Ehrenvorzüge gewährt. Dagegen ist es für zulässig erklärt worden, daß, soweit nicht Sondervorschriften entgegenstehen, die zur Selbstverwaltung berufenen Korporationen den von ihnen anzustellenden Beamten, auch wenn diese durch die Anstellung mittelbare Staatsbeamte werden, eine Benennung beilegen, welche die Geschäfte des Beamten und seine amtliche Stellung äußerlich erkennbar macht (Titel im weiteren Sinne), vorausgesetzt, daß sich diese Benennung (Amtsbezeichnung) genügend von einem staatlichen Amts- oder Ehrentitel unterscheidet. An diesen Rechtsgrundsätzen ist auch weiterhin festzuhalten. Es fragt sich daher zunächst, ob nach Absicht und Inhalt des beanstandeten Beschlusses der Titel „Gemeindebaurat" eine persönliche Auszeichnung des Beamten, für den er bestimmt war, bilden sollte, oder ob er lediglich als Bezeichnung eines amtlichen Geschäftskreises gedacht war. Die Frage ist im letzteren Sinne zu beantworten. Das Amt, mit dem der Titel „Gemeindebaurat" verbunden werden sollte, ist das des Vorstehers des Bauamts der Landgemeinde Treptow. Das Amt ist neu geschaffen worden, weil diese Gemeinde als aufstrebender Vorort Berlins in den letzten Jahren an Einwohnerzahl und Geschäftsumfang bedeutend zugenommen und damit das Gemeindebauamt und die Obliegenheiten und die Stellung seines Leiters an Bedeutung gewonnen haben; es umfaßt außer dem Leiter drei Regierungsbaumeister und ein zahlreiches technisches Personal. Wenn unter diesen Umständen das Amt des Leiters des Bauamts als ein selbständiges, von den übrigen Baubeamten gesondertes Amt geschaffen und seinem Inhaber eine besondere Amtsbezeichnung beigelegt wird, so kann darin keine Auszeichnung eines einzelnen Beamten erblickt werden, welche diesem in Anerkennung besonderer dienstlicher Betätigung oder mit Rücksicht auf sein Dienst- oder Lebensalter einen höheren Amtscharakter oder eine höhere Rangstellung unter den übrigen Beamten gleicher Art gewähren wollte; vielmehr ist es das kommunale Amt selbst, welches aus den übrigen Aemtern der Gemeinde wegen seiner Bedeutung herausgehoben werden und als ein selbständiges Amt mit einer eigenen Amtsbezeichnung eingerichtet werden sollte. Die dem Inhaber dieses Amtes beigelegte Bezeichnung hat daher nach der Absicht der Gemeindebehörde nur die Bedeutung einer Benennung, welche dazu dienen sollte, den betreffenden Beamten zu kennzeichnen und seine amtliche Stellung äußerlich erkennbar zu machen.

Hieraus erfolgt aber noch nicht ohne weiteres, daß die gewählte Amtsbezeichnung eine gesetzlich zulässige war. Denn die Selbstverwaltungskörper unterstehen dem staatlichen Aufsichtsrecht und sind daher nicht befugt, solche Amtsbezeichnungen einzuführen, deren Annahme ihnen von der Aufsichtsbehörde in gesetzlich zulässiger Weise verboten worden ist. Da nun die Minister des Innern und der öffentlichen Arbeiten durch den an den Regierungspräsidenten zu Potsdam gerichteten Erlaß vom 13. Januar 1908 $\frac{\text{IV. C. 5197}}{\text{III. P. 1. 4.}}$ allgemein angeordnet haben, daß es zur Ausstattung der Gemeindebaubeamtenstellen in den Berliner Vorortgemeinden mit dem Amtstitel „Gemeindebaurat" der Allerhöchsten Genehmigung bedürfe, hängt die Entscheidung in der vorliegenden Streitsache von der Beantwortung der Frage ab, ob diese Anordnung innerhalb der Grenzen des staatlichen Aufsichtsrechts getroffen ist und ob die Gemeinde Treptow, indem sie dieser Anordnung entgegenhandelte, damit ihre Befugnisse auf dem Gebiete der Selbstverwaltung in rechtsverletzender Weise überschritten hat.

Beide Fragen sind zu bejahen . . .

Anmerkung der Redaktion: Hinsichtlich der Amtsbezeichnung „Versicherungsamtmann" verweisen wir auf unsere Aeußerung S. 261 und auf die davon abweichende Entscheidung des Hessischen Verwaltungsgerichtshofs S. 705. Wir halten die Ausführung in dieser Entscheidung, daß das Reichsrecht einer solchen Bezeichnung entgegenstehe, nach wie vor für nicht stichhaltig. Für das preußische Recht finden wir in dem vorstehenden Urteil eine Unterstützung unserer Ansicht.

Digitized by Google

Sprechsaal.

Stillgeld, wenn die Niederkunft vor dem 1. Januar 1914 stattgefunden hat?

Aus einer mir zugegangenen Zuschrift entnehme ich Veranlassung, meine Bemerkungen über die vorstehende Frage in Nr. 1 S. 5 zu d (vgl. auch S. 4 Ziff. 3) zu ergänzen. Der Art. 30 Einf.Ges. z. RVO. betrifft Versicherungsfälle, in denen am 1. Januar 1914 die Leistungspflicht der Kasse nach dem alten Rechte noch fortdauert. Die Leistungspflicht muß also schon vor dem 1. Januar 1914 bestanden haben, und man könnte daher geneigt sein, die Anwendbarkeit des Art. 30 auf das Stillgeld schon deshalb zu verneinen, weil eine solche Leistung dem alten Recht unbekannt war. Das scheint so, ist aber bei näherer Betrachtung nicht gerechtfertigt. Der „Versicherungsfall" im Sinne des Art. 30 ist die Niederkunft, und die Leistungen der Kasse wegen dieses Ereignisses sind als „Wochenhilfe" (§§ 195 ff.) einheitlich zu betrachten. Gegenstand der Versicherung sind, in gleicher Weise wie die vorgeschriebenen Regelleistungen, auch die durch die Satzung bestimmten Mehrleistungen (§ 179 RVO.). Bei der Wochenhilfe umfaßt also „die Leistungspflicht der Krankenkasse" im Sinne des Art. 30 nicht nur das gesetzlich gebotene Wochengeld (§ 195) oder seinen Ersatz nach § 196, sondern auch das durch die Satzung bestimmte Stillgeld. Daher ist — entsprechend meinen Ausführungen zu I 3 (S. 3 und 4) — Art. 30 Einf.Ges. auch auf das Stillgeld anwendbar, **wenn am 1. Januar 1914 die Pflicht der Kasse zu anderen Leistungen an Wochenhilfe nach altem Rechte noch fortdauert.** Daß es im Sinne des Gesetzes liegt, wenn die Regel des Art. 30 auch auf Mehrleistungen bezogen wird, die nicht unmittelbar durch das neue Gesetz, sondern auf Grund desselben bei seinem Inkrafttreten durch das neue Statut eingeführt werden — dies habe ich schon in den älteren Auflagen meines Kommentars zum Krankenversicherungsgesetz zum entsprechenden Art. III der Novelle vom 25. Mai 1903 ausgeführt (4. Aufl. S. 386, 5. Aufl. S. 408), und dem ist auch zugestimmt worden von Düttmann, Handausgabe des Krankenversicherungsgesetzes 1903 S. 133.

Geheimer Justizrat **Hahn**, Zehlendorf (Berlin).

(Pxbg.) Uebernahme der Kosten für Leichenöffnungen.

Der Geschäftsführer einer Genossenschaft schreibt uns: Durch die Unfallversicherungsgesetzgebung sind den Ortspolizeibehörden die Unfalluntersuchungen übertragen. Nach den Motiven zum Gesetz vom 6. Juli 1884 sollte die Untersuchung, abgesehen von anderen Zwecken, sich hauptsächlich auf die tunlichste Klarlegung derjenigen Verhältnisse erstrecken, welche für die Feststellung der Entschädigungsansprüche durch den Träger der Unfallversicherung in Betracht kamen. War hierzu eine Leichenöffnung erforderlich, so hatte die Polizeibehörde diese und nötigenfalls sogar die Ausgrabung der Leiche herbeizuführen. Dies alles von Amts wegen und auf eigene Kosten. Die Kosten sollte die Berufsgenossenschaft tragen, falls von ihr die Obduktion ausdrücklich **beantragt** worden war. Durch die späteren Gesetze ist diese Rechtslage nicht geändert. Noch unter dem Gewerbeunfallversicherungsgesetz haben die Minister des Innern und für Handel und Gewerbe dem § 64 dieselbe Auslegung gegeben. (Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1903 S. 606 Ziff. 4). Das **Reichsversicherungsamt**, welches di selbe Rechtsauffassung bereits im Bescheid vom 20. März 1895 (Amtl. Nachr. 1895 S. 196 Ziff. 1409) vertrat, hat den Berufsgenossenschaften neuerdings empfohlen, in ihren Ersuchen um Durchführung einer Leichenöffnung stets **klar zum Ausdruck zu bringen, ob sie die Leichenöffnung auf Grund der Verpflichtung der Polizeibehörde zur Unfalluntersuchung auf Kosten der Behörde oder auf Grund der Rechtshilfebestimmungen auf Kosten der Berufsgenossenschaft begehren.** Trotzdem besteht die Tatsache der Meinungsverschiedenheiten über die Kostentragung oder eigentlich nur die Tatsache des ablehnenden Verhaltens mancher Polizeibehörden im Kostenpunkte. Als im Laufe einer Unfalluntersuchung, die zu einer Aufklärung nicht geführt hatte, der Vertreter der Berufsgenossenschaft auf die Notwendigkeit hinwies, zur weiteren Klärung die Leichenöffnung herbeizuführen, befragte die Behörde zunächst — telephonisch — den Arzt, und als dieser die Notwendigkeit bestätigte, wurde nunmehr die Obduktion auf Kosten der Polizeibehörde **abgelehnt!** Grund: die Berufsgenossenschaft habe die Leichenöffnung beantragt. Dabei lag nur eine Anregung der Berufsgenossenschaft vor, die Frage der Leichenöffnung zu prüfen und falls sie sich als notwendig herausstellte, sie in die Unfalluntersuchung einzubeziehen. In einem anderen Falle weigerte sich eine Polizeibehörde, die Leichenöffnung als einen Bestandteil der Unfalluntersuchung anzusehen; es handelte sich darum, ob eine wahrscheinlich gemachte Gasvergiftung für eine nach einigen Tagen aufgetretene und tötlich verlaufene, ärztlicherseits nicht erkannte doppelseitige Lungenentzündung verantwortlich zu machen sei. In einem dritten Falle lehnte wiederum eine andere Polizeibehörde Leichenöffnung auf ihre Kosten ab, als ein Arbeiter, der im Betriebe einen Hammerschlag gegen den Hinterkopf erhalten, dieserhalb aber nur einige Tage gefeiert hatte, nach einigen Monaten auf dem Wege zur Arbeit plötzlich tot zu Boden sank. Der hinzugerufene Arzt, der wegen der Kopfverletzung die Behandlung durchgeführt hatte, machte auf den Unfall als Ursache des Todes aufmerksam. In allen Fällen wurden im Beschwerdeverfahren die Polizeibehörden angehalten, der Berufsgenossenschaft die inzwischen vorgelegten Obduktionskosten zu erstatten. In dem letztgeschilderten Falle erfolgte die Entscheidung durch Erlaß der Minister des Innern und für Handel und Gewerbe vom 13. Oktober d. J. mit folgender Begründung: „Nachdem der Polizeibehörde in K. durch Telegramm der Berufsgenossenschaft vom 30. Dezember v. J. mitgeteilt worden war, daß ärztlicherseits ein Zusammenhang zwischen dem Tode des Schlossers B. und seinem Unfalle angenommen wurde, mußte sie die polizeiliche Unfalluntersuchung auch darauf erstrecken, zu ermitteln, ob diese Annahme zutreffend war. Da das ohne eine Leichenöffnung nicht möglich war, so hatte die Polizeibehörde eine solche — auch ohne besondere Anregung — schon von Amts wegen zu veranlassen und deren Kosten zu übernehmen."

Nach alledem läßt sich erwarten, daß die berechtigte Auffassung der Berufsgenossenschaften sich in der Praxis durchsetzen wird, wenn sie die oben erwähnte Empfehlung des Reichsversicherungsamts befolgen und in allen geeigneten Fällen rechtzeitig die zur Aufklärung des Sachverhalts erforderliche Leichenöffnung bei der mit der Unfalluntersuchung befaßten oder zu befassenden Polizeibehörde anregen und ausdrücklich erklären, daß dies auf

Digitized by Google

Kosten der Behörde geschehen soll. Lassen die räumlichen Verhältnisse es zu, so empfiehlt sich die Anregung mündlich zu geben, sonst telephonisch oder telegraphisch. Der Versicherungsträger muß auf einer Erklärung bestehen. Wird die Anregung abgelehnt, so veranlaßt er selbst die Leichenöffnung oder läßt sie durch die Polizeibehörde durchführen, behält sich aber vor, die Frage der Kostentragung im Beschwerdeverfahren auszutragen.

Die vom Reichsversicherungsamt kürzlich in Aussicht gestellte Regelung der Angelegenheit würde eine große Kostenverschiebung zur Folge haben. Bei den Voraussetzungen, die das Amt für die Kostenübernahme aufstellt, wird diese den Versicherungsträgern fast ausschließlich zufallen; denn daß eine Leichenöffnung für die Feststellung des Unfallereignisses vorgenommen werden muß, wird nur in verschwindend geringen Fällen zutreffen. Es sollte an der grundsätzlichen Verpflichtung der Ortspolizeibehörden zur Leichenöffnung auf deren Kosten festgehalten werden, ganz gleichgültig, ob sie der Feststellung des Unfallereignisses oder der Feststellung des ursächlichen Zusammenhangs zwischen Tod und Unfall dient; und es wäre erwünscht, wenn die beabsichtigte Regelung der Kostenfrage noch einige Jahre hinausgeschoben würde, um den Berufsgenossenschaften noch weitere Gelegenheit zu geben, die Frage in der Praxis zu lösen.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Arbeitslosenversicherung.

Die Lage des Arbeitsmarktes, der ständige Rückgang der Arbeitsgelegenheit und die steigende Zahl der Arbeitslosen drängen allenthalben die Frage der Arbeitslosenversicherung auf. Wir entnehmen darüber der „Sozialen Praxis“ (23 Nr. 12 Sp. 346 ff) folgende Mitteilungen:

In Baden haben die christlichen Gewerkschaften und konfessionellen Vereine eine Eingabe an den Landtag gerichtet, in der grundsätzlich die Schaffung einer Reichsarbeitslosenversicherung gefordert wird. Bis dahin solle den Gemeindeverwaltungen nahegelegt werden, eigene Arbeitslosenversicherungen zu schaffen, wobei ihnen aus Staatsmitteln 50% ihrer hierfür gemachten Ausgaben ersetzt werden müßten, die Versicherungen selbst aber in engster Fühlungnahme mit den beruflichen Arbeiterorganisationen vorzunehmen.

In Bayern hat die Regierung am 10. Dezember im Landtage eine Vorlage eingebracht, wonach 75000 M. für Zuschüsse an diejenigen Gemeinden gefordert werden, die die Arbeitslosenversicherung einführen. In der dieser Forderung beigegebenen Denkschrift wird die im Jahre 1909 im Ministerium des Innern ausgearbeitete Musterfatzung näher erläutert, die eine Verbindung des Genter Systems mit einer öffentlichen Versicherungskasse für die freiwillige Versicherung darstellt. Die Satzung sieht zwei getrennte Kassen vor, die eigentliche Versicherungskasse für einzelne Arbeiter und ganze Vereine, die ihre satzungsmäßigen Leistungen durch eigene Beiträge aufbringen soll, und die gemeindliche Zuschußkasse, die den Mitgliedern der Versicherungskasse aus Gemeindemitteln und sonstigen Zuwendungen unter bestimmten Bedingungen Zuschüsse, unter gewissen Voraussetzungen auch zu den Abhebungen von Sparguthaben, geben soll. Die Unterstützung, sowohl die der Versicherungskasse wie der Gemeindezuschuß, wird nicht gewährt bei freiwilliger und verschuldeter Arbeitslosigkeit, auch nicht bei Arbeitslosigkeit infolge Ausstands, Aussperrung oder Arbeitsunfähigkeit. Zunächst erhalten die Versicherten keine Geldunterstützung, sondern nur ein Vorrecht auf Zuweisung von Arbeit durch das Gemeindearbeitsamt vor den Nichtversicherten. Erst wenn Arbeit nicht nachgewiesen und eine siebentägige Wartezeit seit Anmeldung verflossen ist, beginnt die Geldunterstützung. Die Unterstützung wird verweigert, wenn nachgewiesene Arbeit unberechtigt abgelehnt wird. Jede geeignete und entsprechend bezahlte Arbeit auch auswärts und außerhalb des Berufs ist anzunehmen. Voraussetzung für die Gewährung der Unterstützung sind mindestens 52 Wochenbeiträge zur Versicherungskasse. Die Beiträge sollen den voraussichtlichen Bedarf decken, so daß der Gemeindezuschuß nur als Förderung der Selbsthilfe erscheint. Gewährt wird nur ein Existenzminimum, das für Organisierte und Nichtorganisierte gleich ist und von Versicherungsleistung und Zuschuß nicht überstiegen werden darf. Gewährt eine Organisation eine Unterstützung, die mit dem Zuschuß das Minimum übersteigt, so wird letzteres gekürzt oder ganz vorenthalten, so daß der Anreiz zum Suchen und Annehmen von Arbeit bleibt. Jede Bevorzugung der Organisationen und jeder auch nur mittelbare Anreiz zum Anschluß ist zu vermeiden. Der gemeindliche Zuschuß wird auch nicht den Organisationen, sondern den einzelnen Versicherten gewährt. Ueberhaupt sollen die Organisationen in keiner Weise entlastet werden. Um nicht die Landflucht zu fördern, ist für vorher in land- oder forstwirtschaftlichen Betrieben außerhalb der Stadt beschäftigte Arbeiter eine Wartezeit von etwa drei Jahren vorgesehen, bis die Aufnahme überhaupt erfolgen darf. Da hierzu noch eine einjährige Beitragsleistung und bei Arbeitslosigkeit noch eine besondere mindestens siebentägige Wartezeit vorgesehen ist, wird eine Förderung der Landflucht nicht befürchtet, da gerade für die ersten Jahre die Unterstützung nicht in Frage kommt. Außerdem muß ja auch geeignete Arbeit außerhalb der Stadt angenommen werden. Ausländer werden überhaupt ausgeschlossen, ebenso Personen, die bereits über 60 Jahre alt sind.

Im sächsischen Landtage hat am 11. Dezember 1911 eine breite Aussprache über Arbeitslosigkeit und ihre Bekämpfung stattgefunden im Anschluß an eine konservative Interpellation, welche Maßnahmen die Regierung gegenüber dem gefahrdrohenden Mangel an landwirtschaftlichen Arbeitskräften zu ergreifen gedenke. Als Abhilfemittel forderte der Begründer der Interpellation: eine genaue Gesamtstatistik über das ganze Reich, den Ausbau der Arbeitsnachweisestellen, die unter einer Zentrale zusammenzufassen wären, zwangsweise Heranziehung der Arbeitsscheuen und Vagabunden zu truppweise zu verrichtenden landwirtschaftlichen Arbeiten, Heraufsetzung des Schutzalters der Jugendlichen für die Beschäftigung in der Industrie, für die dadurch ein gesünderer, widerstandsfähiger Arbeiterstand herangebildet würde; Einschränkung des Arbeiterzuzugs durch die Städte. Landwehrleute und Reservisten sollten nicht zur Erntezeit eingezogen werden — Der Minister des Innern antwortete, daß in Sachsen 1911 die Industrie 26000, die Landwirtschaft 11000 Ausländer beschäftigt habe, daß aber mit der Gefahr gerechnet werden müsse, dieser Strom werde allmählich versiegen. Unter den Vorschlägen zur Lösung wies er vor allem denjenigen ab, der für eine Einschränkung der

Digitized by Google

Niederlassungsfreiheit und Freizügigkeit eintreten will. Das wäre eine einseitige Gesetzgebung, die das erste Gebot, auf eine Abmilderung der Klassengegensätze hinzuwirken, verletze. In manchen Gegenden sei überdies die Abwanderung für die Arbeiter geradezu eine Lebensfrage. Die Arbeiter in der Landwirtschaft müßten so entlohnt werden, daß sie gern und willig in der Landwirtschaft bleiben, zu einer höheren Entlohnung werde aber der landwirtschaftliche Arbeitgeber nur dann fähig sein, wenn die Landwirtschaft höhere Erträge liefert. Freilich dürfe die Ertragsfähigkeit nicht durch eine Steigerung der Bodenpreise aufgehoben werden. Eine Maßnahme, die geeignet wäre, die Landbevölkerung mit größerer Anhänglichkeit an den Boden und die Heimat zu erfüllen, wäre ihre Einfügung in ein Gemeinwesen, in dem dem Arbeiter der Erwerb einer kleinen Landstelle offensteht und in dem er sich wirtschaftlich und politisch betätigen kann, um so mit dem Boden seiner Heimat fest zu verwachsen . . . Wolle man dem Arbeitermangel wirksam begegnen, so müßte vor allem der Widerstand der Landwirte selbst gegen die innere Kolonisation gebrochen werden, der sich auf die Befürchtung gründet, daß die Arbeiter über kurz oder lang eine andere Arbeitsstätte aufsuchen werden. Diese Befürchtung sei nicht ungerechtfertigt, aber es komme in erster Linie darauf an, daß überhaupt mehr Menschen auf das Land hinauskommen. Maßregeln des Staats können nach Ansicht der sächsischen Regierung für die Arbeitslosigkeit in absehbarer Zeit nicht in Frage kommen. Dagegen schwebten gegenwärtig zwischen den Bundesstaaten Erwägungen über ein einheitliches Vorgehen auf dem Gebiete der Arbeitsnachweise.

In Frankfurt a. M. beabsichtigt die Stadtverwaltung eine Arbeitslosenversicherungskasse einzurichten, die ihre Mittel aus dem jährlich zu bewilligenden städtischen Zuschuß, aus den Beiträgen der angeschlossenen Organisationen und Einzelversicherten und aus sonstigen Zuwendungen erhält. Die Kasse bezweckt, den Organisationen, die arbeitslos gewordenen Mitgliedern Unterstützung gewähren, die Erfüllung dieser Aufgabe zu erleichtern und einzelnen Arbeitnehmern, die zur Erlangung von Arbeitslosenunterstützung Beiträge zahlen, eine solche Unterstützung zu sichern. Von den Arbeiterberufsvereinen sind diejenigen, die in Frankfurt a. M. eine selbständige Verwaltungsstelle haben und Arbeitslosenversicherung gewähren, berechtigt, mit der Kasse einen jährlich zu erneuernden Vertrag abzuschließen, auf Grund dessen die Kasse ihnen einen Teil der den Mitgliedern gewährten Arbeitslosenunterstützung gegen Beiträge, die der Verein an die Kasse zahlt, ersetzt. Die Höhe der Beiträge wird nach der Gefahrenklasse, der die Vereinsmitglieder ihrem Beruf nach angehören, bestimmt. Die Kasse gewährt dagegen Ersatz eines Teils der vom Verein gegebenen Arbeitslosenunterstützung unter der Voraussetzung, daß für jedes Vereinsmitglied, das seit einem Jahr in Frankfurt a. M. wohnt oder arbeitet und im Hauptberuf unselbständig erwerbstätig ist, laufende Wochenbeiträge für 52 Wochen geleistet worden sind und der Grund der Arbeitslosigkeit, während deren Dauer die Unterstützung gezahlt worden ist, nicht in der Person des betreffenden Vereinsmitgliedes gelegen hat. Bei Arbeitslosigkeit durch Erwerbsunfähigkeit tritt Ersatz vom Tage der Wiederherstellung, bei Erfüllung der Wehrpflicht, Streik, Aussperrung und Verbüßung einer Freiheitsstrafe vom siebenten Tage nach Wegfall dieser Ursachen an ein. Während einer allgemeinen Aussperrung oder eines allgemeinen Ausstandes ruhen die Verpflichtungen der Kasse, auch wenn Vereinsmitglieder des betreffenden Berufs vorher arbeitslos waren. — Die Ersatzleistung beträgt für den Tag und Fall nach Entrichtung von 30 Wochenbeiträgen 1 M. täglich, höchstens aber 60 M. innerhalb 52 Wochen, wenn das Mitglied für keine Familie zu sorgen hat, 1,20 M. täglich und höchstens 100 M. innerhalb 52 Wochen, wenn es für Familie zu sorgen hat. Für einen Verein der höchsten Gefahrenklasse beträgt die Ersatzleistung in den ersten 52 Wochen nach Abschluß des Vertrags 80 Pf. für Ledige, 1 M für Verh iratete. Der Unterstützungssatz des Vereins muß mindestens 25 Pf. höher sein als der Erstattungssatz, darf aber 3 M. nicht überschreiten. — Mit Tariforganisationen, die eine Arbeitslosenunterstützung für die beteiligten Arbeitnehmer auf Grund gemeinschaftlicher Beiträge von Arbeitgebern und Arbeitern schaffen wollen, kann die Kasse einen Vertrag des Inhalts abschließen, daß sie ihnen bis zur Hälfte der gezahlten Arbeitslosenunterstützung ersetzt. Voraussetzung ist hierbei, daß die Arbeitslosenunterstützung mindestens 80 Pf. und höchstens 1,60 M. für den Ledigen und mindestens 1,60 M. und höchstens 3 M. für den Verheirateten beträgt; daß die Arbeitgeber mindestens ein Drittel der erforderten Beiträge aufbringen und daß die Statuten der Organisationen keine Vorschrift erhalten, laut deren der Beitritt von einer bestimmten religiösen oder politischen Betätigung abhängig gemacht ist. Auch bedarf jeder derartige Vertrag der Genehmigung des Magistrats. — Zur Versicherung einzelner Arbeitsloser werden auch nichtorganisierte Arbeiter zugelassen, welche regelmäßig im Hauptberuf unselbständig erwerbstätig und nicht Heimarbeiter sind, seit 13 Wochen in Frankfurt wohnen oder in den 26 Wochen, die der Beitrittsmeldung vorhergingen, mindestens 13 Wochen innerhalb der Stadt in ihrem Hauptberuf beschäftigt gewesen sind und zurzeit noch dort arbeiten, einen durchschnittlichen Tagesverdienst aus ihrem Hauptberuf von mindestens 2,50 M. haben und keinen Anspruch und keine Aussicht auf anderweitige Arbeitslosenunterstützung haben. Arbeiter unter 18 Jahren können nur mit Genehmigung des gesetzlichen Vertreters beitreten. Sie müssen einen durchschnittlichen Tagesverdienst von mindestens 1,60 M. haben. Das Tagegeld, das in dieser Kategorie für jeden arbeitslosen Wochentag innerhalb 52 Wochen gewährt wird, beträgt 1 M., höchstens 50 M., wenn der Beitragleistende für keine Famlie, und 1,20 M. täglich, höchtens aber 80 M., wenn er für eine Familie sorgt. Der Wochenbeitrag beträgt je nach der Gefahrenklasse 10, 20, 35 und 45 Pf., bei Mitgliedern über 60 Jahre 15, 25, 40, 50 Pf. — Die Mittel der Kasse werden bei dem Rechneiamt als besonderer Fonds geführt. 5% der Beiträge und der gesamte reine Ueberschuß dienen vorerst einer Sicherheitsrücklage. Die Verwaltung der Kasse untersteht der Arbeitsvermittlungsstelle, die auch alle Entscheidungen in erster Instanz trifft. Gegen diese steht die Berufung an einen aus dem Kreise der Versicherten gebildeten Ausschuß zu. Letzte Instanz ist der Magistrat. Der Ausschuß der Versicherten besteht aus mindestens neun Mitgliedern.

In München wird beabsichtigt, 150000 M. für die Unterstützung der Arbeitslosen von Gemeinde wegen und 4000 M. für die Ausarbeitung einer Vorlage betreffend die Durchführung einer geregelten gemeindlichen Arbeitslosenfürsorge durch das städtische statistische Amt zur Verfügung zu stellen.

In Neukölln wurden zur Gewährung von Unterstützungen an Arbeitslose in Naturalien und Geld 10000 M. bewilligt.

Zur praktischen Durchführung des § 370 RVO.

enthält die „Betriebskrankenkasse" sehr beachtenswerte Hinweise, aus denen wir folgendes entnehmen:

Was die Durchführung des § 370 RVO. und die Höhe der Abgeltung der Krankenpflege durch eine Barleistung

Digitized by Google

betrifft, so ist folgendes zu sagen: Die Kasse macht zweckmäßig gleich bei dem Antrage auf Ermächtigung Vorschläge über die Höhe der Barleistung und die Durchführung der Maßnahme. Es ist zu beantragen, das Oberversicherungsamt möge bestimmen, daß der Zustand eines Erkrankten nach näherer Bestimmung oder dem Ermessen der Kasse anders als durch ärztliche Bescheinigung nachgewiesen werden kann, insbesondere daß die Kasse das Recht erhält, alle arbeitsunfähigen Erkrankten ausnahmlos in ein Krankenhaus einzuweisen. Das Oberversicherungsamt muß ersucht werden, auch sonst im Sinne des Abs. 2 des § 370 RVO. Bestimmungen nach den Vorschlägen der Kasse zu treffen. Demgemäß wäre zu bestimmen:

1. daß der Zustand dessen, der die Leistungen erhalten soll, anders als durch ärztliche Bescheinigungen nach näherer Bestimmung oder Ermessen der Kasse nachgewiesen werden darf;
2. daß die Kasse ihre Leistungen so lange einstellen oder zurückbehalten darf, bis ein ausreichender Nachweis erbracht ist;
3. daß die Leistungspflicht der Kasse erlischt, wenn binnen einem Jahre nach Fälligkeit des Anspruchs kein ausreichender Nachweis erbracht ist;
4. daß die Kasse diejenigen, denen sie ärztliche Behandlung zu gewähren hat, in ein Krankenhaus verweisen darf, auch wenn die Voraussetzungen des § 184 Abs. 3 RVO. nicht vorliegen.

Bei der Abgeltung hat der Versicherte selbst für ärztliche Behandlung oder für die Heilung von Krankheiten sowie für Arznei und Heilmittel zu sorgen. Er kann sich in diesem Falle selbstverständlich auch von Nichtärzten behandeln lassen und kann Medikamente kaufen, wo er will. Die Apotheker, Drogisten und anderen Lieferanten müssen davon in Kenntnis gesetzt werden, daß für Rechnung der Kasse nicht geliefert werden darf, und daß der Versicherte selbst zahlungsverpflichtet für die Entnahme von Arznei und Heilmitteln ist.

Es ist zur Durchführung der Maßnahme als erstes dringend erforderlich, die Versicherten über die Sachlage und über die Notwendigkeit der Abgeltung der Krankenpflege in eingehender Weise aufzuklären, damit sie die von der Kasse getroffenen Maßnahmen willig befolgen und etwaige Unbequemlichkeiten nicht scheuen.

Die Versicherten müssen eindringlich angehalten werden, die Aerzte während der Dauer des Aerztestreiks so wenig möglich in Anspruch zu nehmen. Insbesondere müßte in allen leichteren Erkrankungsfällen, bei denen ärztliche Behandlung nicht unbedingt erforderlich ist, auf ärztliche Hilfe verzichtet werden. In diesen Fällen sollte der erkrankte Versicherte, wie der Privatpatient, versuchen, mit einem einfachen Hausmittel auszukommen. Anschläge in den Kassenräumen und Werkstätten müssen die Erkrankten mahnen, die Aerzte möglichst zu meiden. Andererseits sollten alle Schwererkrankten, ebenso alle wenig zahlungsfähigen Patienten dem Krankenhause überwiesen werden. Ueberhaupt sollte von der Krankenhauseinweisung und Anstaltsbehandlung im weitesten Maße Gebrauch gemacht werden.

Es erscheint ferner dringend erforderlich, die Gewährung freier ärztlicher Behandlung an nichtversicherte Familienangehörige durch Ausschußbeschluß und Satzungsänderung zeitweilig aufzuheben, weil die Abgeltung dieser Leistung recht schwierig und unter Umständen sehr kostspielig sein würde.

Es ist zulässig, daß die Kassen in bestimmten Bezirken ärztliche Behandlung in natura und in anderen Bezirken die Abgeltung gewähren, je nachdem in welchem Umfange Kassenärzte zur Verfügung stehen. Es können auch ärztliche Beratungsstellen, Polikliniken eingerichtet werden, in welchen dauernd ärztlicher Dienst stattfindet. Um eine ausgedehnte Hausbehandlung durch die für die Kasse ordnungsmäßig tätigen Aerzte zu ermöglichen, sollte diesen Automobile für Rechnung der Kasse gestellt werden. Bei der Durchführung der Abgeltung dürfen schließlich Kosten nicht gescheut werden.

Bei der Abgeltung der Krankenpflege durch eine Barleistung ist eine starke Vermehrung der Krankenbesucher (Krankenkontrolleure) erforderlich, weil ihnen in diesem Falle neben ihren Kontrollgeschäften eine ausgedehnte Verwaltungstätigkeit zufällt. Den Krankenbesuchern liegt dann mehr noch als bisher eine vermittelnde Tätigkeit zwischen den Patienten und der Kasse ob. Sie müssen in ihrem auf dem laufenden zu haltenden Krankenbesuche alle Krankenbesuche sorgfältig eintragen und die dabei gemachten Wahrnehmungen über den Zustand des Erkrankten jedesmal bemerken. Die Krankenbesucher haben darauf zu achten, daß die von der Kasse zur Durchführung des § 370 RVO getroffenen Weisungen dem Erkrankten bekannt und von diesem beachtet werden. Sie müssen den arbeitsunfähigen Erkrankten in jeder Weise unterstützen, ihm bei der Erlangung ärztlicher Hilfe zur Seite stehen und nötigenfalls bei Mittellosigkeit einen Vorschuß geben, damit er einen Arzt in Anspruch nehmen kann. Die Krankenbesucher müssen darauf achten, daß die Erkrankten durch die Aerzte nicht hingehalten werden und die Krankheitsdauer nicht in die Länge gezogen wird. Arbeitsunfähige mit leichteren Erkrankungen oder Erkrankungsformen müssen öfters als sonst und sollten jeden zweiten Tag besucht werden. Wenn diese auf ärztliche Hilfe verzichten, so müssen die Krankenbesucher sorgfältig die Zeit der Arbeitsunfähigkeit dieser Kranken vermerken. Vielverschreiberei und alle sonstigen Unzuträglichkeiten müssen die Krankenbesucher unverzüglich der Kasse melden. Auch alle Beschwerden der Erkrankten und alle Schwierigkeiten, die während des Aerztestreiks zutage treten, sind zur Kenntnis der Kasse zu bringen. Aerzte, die sich besonders in dem Kampfe hervortun, den Erkrankten oder der Kasse Schwierigkeiten machen, sind sofort der Kasse mitzuteilen damit die Namen in den Kassenräumen, in den Werkstätten und Arbeitsstätten ausgehängt und durch die Zeitungen öffentlich bekanntgegeben werden können.

Die oberste Grenze der Barleistung an Stelle der Krankenpflege, zu der nicht nur die Leistung ärztlicher Behandlung, sondern auch die Lieferung von Arznei und Heilmitteln gehört, ist gesetzlich auf zwei Drittel des Durchschnittsbetrages des gesetzlichen Krankengeldes festgesetzt. Zugleich kann bestimmt werden, daß die Kasse nicht mehr zu ersetzen braucht, als der Versicherte tatsächlich an Kosten für die ärztliche Behandlung und Medikamente aufgewendet hat. Die Barleistung ist nur für Werktage und nicht auch für Sonn- oder Feiertage zu gewähren. Das gesetzliche Krankengeld beträgt 50 v. H. des versicherten Grundlohnes. Der Durchschnittsbetrag, von welchem die Barleistung berechnet wird, ist der Durchschnitt des versicherten Grundlohnes, z. B. hat die Kasse drei Lohnstufen, 2, 4 und 6 M., so ist der Durchschnitt hiervon 4 M. Das gesetzliche Krankengeld beträgt 2 M., zwei Drittel hiervon sind 1,33⅓ M. Dies wäre der Höchstbetrag, der auf den Arbeitstag für ärztliche Behandlung und Arznei gezahlt werden könnte.

Bei der Abgeltung nach der Art der Krankheit, nach schweren und leichten Krankheitsformen zu unterscheiden, je nachdem in welchem Umfange ärztliche Behandlung sowie Arznei und Heilmittel erforderlich scheinen und demgemäß bestimmte Sätze festzusetzen, erscheint nicht möglich. Ebenso ist es nicht möglich hierbei zu unterscheiden, ob öfters ärztliche Behandlung oder ob solche in kurzen oder in längeren Zwischenräumen erforderlich ist.

Die Höhe der Abgeltung bestimmt das Oberver-

Digitized by Google

sicherungsamt. Die Kasse sollte hierüber Vorschläge machen.

Es muß als zulässig erachtet werden, daß von der Krankenpflege nur die ärztliche Behandlung abgegolten wird, Arznei und Heilmittel dagegen von der Kasse geliefert werden. Dies erscheint dann weniger bedenklich, wenn eine ordnungsmäßige Verschreibungsweise gesichert ist. Unter Umständen könnte die Abgeltung bei dieser Beschränkung erleichtert werden. Für den Erkrankten dürfte es in manchen Fällen einfacher und bequemer sein, wenn er wie sonst Arznei und Heilmittel für Rechnung der Kasse von den Lieferanten entnehmen kann. Andererseits ist die Verrechnung für die Kasse schwieriger und verwickelter. Voraussichtlich würde auch die Abgeltung erheblich verteuert werden, obgleich zu erwarten ist, daß auf den entsprechenden Antrag der Kasse, wenn nur die ärztliche Behandlung durch eine Barleistung ersetzt wird, der Betrag auf einen geringeren Satz als zwei Drittel des Krankengeldes festgesetzt wird. Für die ärztliche Behandlung allein erscheint die Hälfte des Krankengeldes ausreichend. Bei der Abgeltung der gesamten Krankenpflege ist zu erwarten, daß die Erkrankten den Bedarf an Medikamenten wesentlich einschränken. Es kann nur dringend empfohlen werden, im Falle des § 370 RVO. die gesamte Krankenpflege abzugelten. Nur ausnahmsweise und wenn zwingende Gründe vorliegen, sollte die Kasse die Medikamente liefern.

Die Versicherten müssen veranlaßt werden, die Kosten der ärztlichen Behandlung auszulegen, wenn die Aerzte, wie das vielfach zu erwarten ist, Vorausbezahlung verlangen. Sobald solche von den Aerzten verlangt wird, bleibt den Versicherten kaum etwas anderes übrig, als Nichtärzte in Anspruch zu nehmen.

Ueber die Kontrolle der von den Versicherten an die Aerzte geleisteten Zahlungen wird bemerkt, daß die Aerzte gemäß § 368 BGB. verpflichtet sind, den Versicherten auf deren Verlangen über jede Zahlung Quittung zu geben. Dabei muß Spezifikation oder die Angabe der Leistung von dem Arzte gefordert werden. Solche Quittungen gewähren den Kassen eine Kontrolle über die bezahlten Beträge, geben vielleicht auch einen Anhalt über den Krankheitszustand. Die Kosten der Arznei und Heilmittel werden kontrolliert durch die Angabe auf der Verschreibung, die der Kasse bei der Verrechnung abzuliefern oder vorzulegen ist.

Die Gewährung eines Vorschusses von der Kasse an mittellose Versicherte wird sich nicht ganz vermeiden lassen. Hierbei muß recht vorsichtig verfahren werden, damit die Kasse nicht geschädigt wird.

Die eigentliche Schwierigkeit für die Durchführung des § 370 RVO. beruht in der Beschaffung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, deren Ausstellung von den Aerzten verweigert wird. Es muß in erster Linie versucht werden, diese durch sogenannte Vertrauensärzte, die unter Umständen nichts anderes zu tun hätten, als die Arbeitsunfähigkeit der Kranken festzustellen, zu erlangen. Wo Bescheinigungen dieser Art von approbierten Aerzten überhaupt nicht oder nicht ohne besondere Bezahlung zu erlangen sind, kann der Nachweis der Arbeitsunfähigkeit auf andere Weise erbracht werden. Es kann dies geschehen durch Bescheinigungen von Homöopathen, Naturärzten, Wundärzten, Kneipp- und Felkevertretern, Heildienern, Hebammen, Krankenschwestern, Fürsorgeschwestern, Krankenbesuchern, Arbeitgebern. Auch kann der Kassenvorstand auf Grund eigenen Ermessens das Krankengeld zahlen, wenn er die Ueberzeugung hat, daß Arbeitsunfähigkeit vorliegt. Dienstältere Krankenbesucher, die in jahrelanger Tätigkeit die Versicherten kennen gelernt und einen Blick für den Krankheitszustand haben, können vielfach die beste Auskunft geben. Ihr Gutachten und die Bescheinigung des Arbeitgebers, daß der Erkrankte nicht gearbeitet hat, muß schließlich als Unterlage für die Krankengeldzahlung genügen. Es kann endlich auch der behandelnde Arzt auf dem Wege des § 115 RVO. gezwungen werden, ein Zeugnis über den Zustand des behandelten erkrankten Versicherten an Gerichtsstelle abzugeben.

Ein scharfes Augenmerk ist auf die ärztlichen Verschreibungen und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen zu richten, weil die Kassen durch eine wenig gewissenhafte Behandlung dieser Dinge schwer geschädigt werden können, zumal die Aerzte haben durchblicken lassen, bei einem vertragslosen Zustande in dieser Hinsicht weniger vorsichtig zu sein als sonst. Aerzte, die in dieser Beziehung die Kassen schädigen, werden von den Kassen öffentlich bekanntgegeben und dauernd im Auge behalten werden.

Die Arbeitergewerkschaften beabsichtigen, die Kassen in dem Kampfe mit den Aerzten in jeder Weise zu unterstützen, auch die Versicherten anzuweisen, nur einzelne bestimmte Aerzte zu benutzen und andere zu meiden. Es sollen namentlich diejenigen Aerzte dauernd, auch über den Kampfeszustand hinaus, gemieden werden, die besonders rücksichtslos gegen die Kassen und Versicherten vorgehen und Vorausbezahlung oder gar Vorschüsse verlangen oder die Ausstellung von Quittungen verweigern. Andererseits sollen die Namen empfehlenswerter Aerzte vertraulich oder mündlich bekanntgegeben werden. Indes ist zu erwarten, daß viele Aerzte weder Vorschüsse noch Vorauszahlungen verlangen und zu mündlich verabredeten Bedingungen für die Kassen ordnungsgemäß arbeiten werden.

Der § 370 RVO. findet auf Zahnärzte keine Anwendung.

Den Kassen wird schließlich dringend empfohlen, die für die Durchführung der Abgeltung der Krankenpflege erforderlichen Maßnahmen frühzeitig zu treffen, im Kassenvorstand zu beraten und den Versicherten zu eröffnen, damit diese und die Kassenverwaltungen vorbereitet sind.

Statistik der Heilbehandlung.

(Gbrg.) Die im Reichsversicherungsamt bearbeitete Statistik der Heilbehandlung für die Versicherungsanstalten und Sonderanstalten der Invalidenversicherung für das Jahr 1912 ist kürzlich zur Ausgabe gelangt. Aus derselben entnehmen wir das Folgende:

Das Heilverfahren wurde für 135473 Personen gegen 123602 im Jahre 1911 übernommen. Die dafür aufgewendeten Kosten betrugen 30 155 178 M. gegen 27 748 853 im Vorjahre. Tuberkulöse kamen 1912 in ständige Behandlung: Männer 32088, Frauen 16773, zusammen 48861; in nichtständige Behandlung: Männer 1165, Frauen 176, zusammen 1341. Lupuskranke: Männer 69, Frauen 133, zusammen 202. Geschlechtskranke: Männer 214, Frauen 150, zusammen 364. Alkoholkranke: Männer 1012, Frauen 10, zusammen 1052. Andere Krankheiten: ständige Behandlung: Männer 24481, Frauen 18534, zusammen 43015; nichtständige Behandlung: Männer 22297, Frauen 19757, zusammen 42054. Seit 1897 ist die Zahl der behandelten Personen um nahezu das Dreizehnfache, diejenige der ständig behandelten lungentuberkulösen Männer auf mehr als das Zwölffache, die Zahl der ständig behandelten lungentuberkulösen Frauen um mehr als das zweiundzwanzigfache, die Zahl der wegen anderer Krankheiten ständig behandelten Männer auf das Sechsfache und die Zahl der Frauen dieser Gruppe auf mehr als

Digitized by Google

das Zehnfache gestiegen. Die nichtständig behandelten lungentuberkulösen Männer und Frauen zusammen haben eine Steigerung um mehr als das Dreiunddreißigfache und die nichtständig behandelten Männer und Frauen, die wegen anderer Krankheiten behandelt wurden, haben eine Steigerung um mehr als das Zweiunddreißigfache erfahren. Hierin kommt die Bedeutung der Zahnbehandlung mit zum Ausdruck.

Einen Vergleich der Zahl der in Heilbehandlung genommenen Personen mit der Zahl der versicherungspflichtigen Bevölkerung ergibt zunächst, daß 1897 das Heilverfahren für 10 564 Personen eingeleitet wurde. Diesen gegenüber stand eine auf Grund der Berufs- und Gewerbezählung von 1895 ermittelte versicherungspflichtige Bevölkerung von 11 813 259 Personen. Hiernach wurden auf 10 000 Versicherte nur 9 Personen in Heilbehandlung genommen. Für das Jahr 1909, in welchem 101 158 Personen behandelt wurden, ist zum erstenmal die auf Grund der Berufs- und Gewerbezählung von 1907 ermittelte versicherungspflichtige Bevölkerung — 14 631 390 Personen — in Rechnung gezogen wurden. Auf 10 000 Versicherte wurden demnach 69, im Jahre 1910 bei 114 310 Heilbehandlungsfällen 78, im Jahre 1911 bei 123 602 Heilbehandlungsfällen mehr als 84 Personen und im Jahre 1912 bei 135 473 Heilbehandlungsfällen 93 Personen behandelt. Die Zunahme beträgt also seit 1897 auf 10 000 Versicherte 84. Bis jetzt sind insgesamt 235 715 137 M. für Zwecke der Heilbehandlung ausgegeben worden. Einen Teil der Kosten erstatten bekanntlich Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Gemeinden usw. Diese Ersatzleistungen betrugen im Berichtsjahre 6 589 696 M.

Zur Verhütung vorzeitiger Invalidität und zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der Versicherten wurden 1 102 882 M. aufgewendet. Davon entfallen auf die Gemeindekrankenpflege 419 823 M., zur Bekämpfung der Tuberkulose sind im ganzen 527 716 M. hergegeben worden, und zwar 19 224 M. Beiträge an Vereine usw. zur Errichtung von Heilstätten, 56 527 M. Zuschüsse und Beiträge zur Errichtung und zum Unterhalte von Walderholungsstätten, 391 781 M. zur Errichtung und zum Unterhalte von Auskunfts- und Fürsorgestellen für Lungenkranke, 8 012 M. Beihilfen zur Entseuchung von Wohnungen und 52 172 M. für sonstige Zwecke. Demgegenüber treten die Beiträge zur Bekämpfung des Alkoholmißbrauchs, der Geschlechtskrankheiten und des Lupus mit 55 401, 3386 und 1680 M. sehr in den Hintergrund. Auf verschiedene Zwecke entfallen noch 94 876 M.

Was die Zahnbehandlung anbetrifft, so wird in der Regel der Nachweis verlangt, daß durch das mangelhafte Gebiß ein körperlicher Zustand herbeigeführt worden ist, der in absehbarer Zeit in Invalidität überzugehen droht. Weiter wird die Uebernahme des Heilverfahrens an die Bedingung geknüpft, daß der Versicherte und die Krankenkasse, der er angehört, sich an die Kosten beteiligen. In Zahnbehandlung wurden 21 292 Männer und 18 716 Frauen, zusammen 40 008 Personen genommen. Der Kostenaufwand dafür stellte sich auf 1 619 541 M. — In Walderholungsstätten wurden von 20 Versicherungsträgern 3424 Personen an 95 504 Verpflegungstagen mit einem Kostenaufwand von 140 677 M. verpflegt. Von 48 861 Lungentuberkulöse und 43 015 andere Kranke, die 1912 „ständig" behandelt wurden, sind in den eigenen Lungenheilstätten 25 000 Personen und in den eigenen Genesungsheimen, Krankenhäusern usw. 28 041 Personen verpflegt worden.

Ueber die Anfangserfolge der im Berichtsjahre Behandelten liegen u. a. folgende Zahlen vor: Von 28 518 wegen Tuberkulose ständig behandelten Männern wurde bei 26 159 Erfolg erzielt; von 15 543 Frauen bei 14 411. Der Erfolg bei den anderen Krankheiten war ein gleich günstiger, ebenso wird über die Dauererfolge nur gutes berichtet. Die Dauererfolge haben sich sowohl bei den Männern wie Frauen von Jahr zu Jahr gehoben. Nach der Entlassung aus den Heilanstalten sind verschiedene Versicherungsträger den Entlassenen bei der Arbeitsvermittlung behilflich.

Mitwirkung der Krankenkassen bei der Statistik des Beschäftigungsgrades.

In dem vom Kaiserlichen Statistischen Amte, Abteilung für Arbeiterstatistik, herausgegebenen Reichsarbeitsblatt erscheinen allmonatlich Mitteilungen über den Beschäftigungsgrad nach den Nachweisungen der Krankenkassen. An der freiwilligen Berichterstattung haben sich bisher etwa 16 vom Hundert der vorhandenen Krankenkassen mit mehr als zwei Fünfteln aller gegen Krankheit versicherter Personen beteiligt. Da die Beobachtung der Bewegung im Mitgliederbestande der Krankenkassen ein wertvolles Mittel bildet, um den Arbeitsmarkt zu verfolgen, hat das Kaiserliche Statistische Amt den Wunsch ausgesprochen, daß ihm vom 1. Januar 1914 ab von den Krankenkassen allmonatlich der Bestand an Mitgliedern und erwerbsunfähigen Kranken mitgeteilt werde, um ein stets zutreffendes Bild von der Gestaltung des Beschäftigungsgrads im gesamten Gewerbe geben zu können.

Deshalb hat der preußische Handelsminister die Regierungspräsidenten und den Oberpräsidenten in Potsdam ersucht, durch die Versicherungsämter den dazu geeigneten Krankenkassen vom 1. Januar 1914 ab eine monatliche Berichterstattung über die Bewegung im Mitgliederbestande nach den vom Kaiserlichen Statistischen Amte kostenlos gelieferten Muster empfehlen zu lassen. Soweit die Kassenvorstände sich bereit finden, haben sie sich wegen des Geschäftsverkehrs unmittelbar mit dem Kaiserlichen Statistischen Amte in Verbindung zu setzen.

Haftet ein Beamter oder die Körperschaft, der er angehört, für Schaden bei schuldhafter Vereitelung von Wahlen?

Ein Stadtmagistrat hatte als untere Verwaltungsbehörde gemäß §§ 145 ff. AVG. und nach der vom Reichskanzler erlassenen Wahlordnung vom 3. Juli 1912 die Wahlen der Vertrauensmänner zur Angestelltenversicherung zu leiten. Der hierfür zuständige Stadtrat war so spät von seinem Urlaub zurückgekehrt, daß er gezwungen war, die nötigen Bekanntmachungen sofort nach seiner Rückkehr zu erlassen und daher keine Zeit fand, sich über die etwa zu erwartende Wahlbeteiligung zu informieren. Er bestimmte nun ein Wahllokal, das viel zu klein war. Infolgedessen mußte die Wahl abgebrochen und wiederholt werden. Der Handlungsgehilfenverband zu B. richtete daraufhin an den Magistrat das Gesuch, ihm die Kosten zu ersetzen, die er für die durch Schuld des Beamten vereitelte Wahl vergeblich zur Wahlagitation ausgegeben habe.

Dieser Vorfall gibt, zumal sich auch auf anderen Gebieten, besonders bei Wahlen zu Krankenkassen leicht Aehnliches ereignen kann, dem Privatdozenten Dr. Schreiber in Göttingen Anlaß zu Erörterungen in der „Deutschen Juristenzeitung" 1913 Nr. 24. Er verneint die Möglichkeit eines solchen Anspruchs gegen die Stadt oder den Beamten, auch wenn man ein Verschulden für gegeben annimmt.

Digitized by Google

Aus § 839 BGB. sei den Anspruch nicht zu begründen, weil diese Vorschrift nur bei Verletzung solcher Amtspflichten gelte, die dem besonderen Interesse Dritter, nicht bloß allgemein dem öffentlichen Interesse diene (Entsch. des Reichsgerichts in Zivils. 78 S. 241). Die Wahl aber und ihre nähere Ordnung diene keineswegs in erster Linie dem Interesse der Wähler, sondern solle die angemessene Durchführung derjenigen öffentlichen Einrichtungen garantieren, für welche die Wahl stattfindet. Sie stehe also im öffentlichen und nicht im privaten Interesse. Das zeige sich auch schon daran, daß bei Fehlern der Wahlleitung nicht etwa eine Beschwerde gegen die fehlerhafte Verfügung gegeben sei, sondern nur die Wahl nachträglich als ungültig angefochten werden könne. Außerdem wäre die Stadt nur in denjenigen Gebieten die richtige Adresse für einen solchen Anspruch, in denen eine dem § 4 preuß. Beamtenhaftpflichtgesetz entsprechende Bestimmung gilt, die die Kommunen mit der Haftung aus § 839 BGB. an Stelle ihrer Beamten belastet.

Ebensowenig könne der Beamte persönlich aus § 823 BGB. in Anspruch genommen werden. Denn daß die Befolgung der Wahlordnung kein subjektives Recht der Wähler ist, erhelle ebenso, wie daß ihre Bestimmungen nicht den Schutz der Wähler bezwecken. Ueberdies sei doch der Handlungsgehilfenverband selbst gar nicht Wähler, sondern vertrete nur das Interesse seiner Mitglieder als der Wähler. Endlich sei grundsätzlich nur unmittelbarer Schade zu ersetzen, und ein solcher liege nicht vor, wenn eine Organisation, die nicht einmal speziell den Wahlzwecken, sondern ganz allgemein den Interessen ihrer Mitglieder nach den verschiedensten Richtungen dienen, Aufwendungen zur Wahlagitation gemacht habe.

Unzulässige nnd übermäßige Arzneiverordnungen.

Einen lehrreichen Fall entnehmen wir den Verhandlungen der Einigungskommission des Eßlinger Delegiertenverbandes der Aerzte und des Württembergischen Krankenkassenverbandes vom 3. Oktober 1913.

Dr. X. ist der festen Ueberzeugung, stets äußerst sparsam zu ordinieren, und will dies damit beweisen, daß seine Rezepte überaus häufig den Zusatz: „Pharmacopöa oekonomica (pauperum cassarum)“ tragen. In Wirklichkeit aber sind seine Verordnungen sowohl im Durchschnitt eines Rezeptblattes als die Arzneikosten auf einen Patienten überhaupt viel höher als in den andern Apotheken seines Bezirks, ja der Durchschnitt von über 5 M. auf den Kopf eines Patienten in einem Quartal gehört zu den höchsten des ganzen Landes, der sich auf 2,50 M. bis 3 M. ungefähr stellt. Alle Hinweise des Revisionsarztes, wie er bei gleicher Wirkung billiger hätte verordnen können, durch die in der Arzneiverordnung empfohlenen Ersatzmittel, beantwortete er mit langen Briefen über die Beschränkung der ärztlichen Tätigkeit durch die Kassen und durch das Revisionsamt; verordnete aber niemals die ihn empfohlenen Ersatzmittel; nur verschrieb er wenigstens seltener die beanstandeten Mittel.

In den letzten Jahren hatte der Revisionsarzt außer seiner Neigung überaus große Mengen aufzuschreiben (z. B. Salben und Einreibungen $^1/_2$ bis 1 Pfund, Tee 500 Gramm oder mehr) Dr. X. vor allem darauf hinzuweisen, daß er Getränke und Nährmittel sehr häufig verschrieb, welche nach dem Wortlaut oder dem Sinn der Beschlüsse in der Arzneiverordnung 2. Aufl. Seite 27, 28 und 3. Aufl. Seite 21—39 nicht von den Kassen, sondern von den Patienten selbst zu bezahlen sind. Es sind deshalb am 13. August an die zuständige Revisionskommission des Neckarkreises II unter Vorlage der ganzen Korrespondenz mit Dr. X. folgende vier Fragen gerichtet worden:

1. Sind derartige Mittel wie Kakaobohnenhülsen, Suppenmehle, Zitronensaft usw. als Arzneimittel im Sinne des Gesetzes anzusehen oder nur als gewiß oft sehr zweckmäßige diätetische Anordnungen eines Arztes, welche von den Patienten selbst, wie sonst überall bezahlt werden, oder mit andern Worten: Sind die Krankenkassen verpflichtet, derartige Rezepte zu bezahlen?

2. Soll es Dr. X. erlaubt sein, Nussa als eine billige Einreibung (1 Pfund 1,15 M.) zu ordinieren?

3. Ist Biomalz für Kassen zur Verordnung zuzulassen? Es mag an sich ja ein relativ gutes Mittel sein, ist aber durch seine Reklame in allen Tagesblättern für Kassen nach dem Beschluß Seite 10 3. Aufl unmöglich: „Die Kassen sind nicht dazu da, den Fabrikanten ihre Reklamekosten zu bezahlen.“

4. Ist die Verordnung von Wyberttabletten zulässig? Diese sind zwar nicht in der Arzneiverordnung empfohlen, jedoch sind sie stillschweigend zugelassen worden, vorausgesetzt, daß sie nicht all zu häufig verschrieben werden, da sie nach der in einer Schachtel enthaltenen Menge bei gleichem Preis den Salmiakpastillen im Wert sehr ähnlich sind.

Gegen die Vielverschreiberei des Dr. X. so z. B. an einem Tage dem gleichen Patienten Hustentee 2,80 M. Codeintropfen 2,35 M. und Wyberttabletten 1 M. zusammen also 6,15 M. wird man erst dann vorgehen können, wenn die Krankenkassen die nötigen statistischen Unterlagen, Zahl der Patienten eines einzelnen Arztes und die darauf fallenden Arzneikosten, Tage der Erwerbsunfähigkeit und die Spitalkosten dieser Patienten dem Revisionsamt einschickt.

Die Antwort der Kommission lautete für die drei ersten Fragen einstimmig verneinend, die Wybertabletten lehnt der eine der beiden Herren gleichfalls rund ab, der andere möchte sie mit den nötigen Einschränkungen zulassen. Auf Beschwerde des Dr. X gab die Einigungskommission folgendes Gutachten ab:

Suppenmehle, Kakaobohnenhülsentee, Zitronen und Zitronensaft u. dgl. Dinge sind von den Patienten selbst und nicht von den Kassen zu bezahlen. Die Kassen können also die Bezahlung derartiger Rezepte ablehnen. Das Biomalz ist für die Revisionskassen verboten. Mit Rücksicht darauf, daß Nussa ein sehr billiges Fett zum Einreiben ist, kann es stillschweigend zugelassen werden.

Die Wybertabletten werden zugelassen, jedoch mit der für alle derartigen Hustentabletten, (Salmiak, Süßholz) geltenden Einschränkung, daß eine Schachtel zu 1 M. frühestens alle 10 Tage dem gleichen Patienten verschrieben werden darf.

Von einer Ersatzforderung von Dr. X. wird vor der Hand noch abgesehen, solche aber im Falle weiterer Nichtbeachtung der geltenden Vorschriften in Aussicht gestellt.

Digitized by Google

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und deutlich zu schreiben.

Unfall auf der Rennbahn.

1. **Nach B.** Frage: Ein Mitglied unserer Kasse erlitt bei dem Pferderennen eines Rennvereins einen schweren Unfall. Der Verunglückte, von Beruf Maurer, war für den betreffenden Sonntag von dem Verein zur Hilfeleistung gegen Lohn angenommen worden. Die Berufsgenossenschaft der Privatfahrzeug- und Reittierbesitzer vertritt den Standpunkt, daß der Rennverein, E. V., weder Fahrzeug-, noch Reittierhalter im Sinne des § 537 Ziff. 7 RVO. ist, und daß eine versicherungspflichtige Tätigkeit nicht vorgelegen habe. Nach unserer Auffassung sind die Mitglieder des Vereins, welche ihre Pferde laufen lassen, in der Regel alle Reittierhalter und werden durch den Verein vertreten. Die Rennen werden mehrmals im Jahre veranstaltet und an diesen Tagen wenigstens tritt der Verein als Reittierhalter auf oder die vereinigten Reittierhalter sind die gemeinschaftlichen Unternehmer, die die Rennen veranstalten. Diese Unternehmungen sind sogar als gewerbsmäßige anzusehen, weil zum Teil nicht geringes Entree erhoben wird. Liegt hier ein versicherungspflichtiger Betrieb im Sinne des § 537 Ziff. 7 RVO. vor und ist die Berufsgenossenschaft der Reittierhalter oder die Fuhrwerksberufsbenossenschaft entschädigungspflichtig?

Antwort: Wir können Ihrer Ansicht nicht beipflichten. Tierhalter sind lediglich die einzelnen Pferdebesitzer, in deren Interesse die Pferde gehalten werden, nicht der Rennverein. Selbst zugegeben, daß er beim Rennen selbst einen mittelbaren Nutzen durch die Tiere hat, so hält er sie deswegen noch nicht; denn das Halten setzt die Nutzung für einen längeren Zeitraum voraus. Der Arbeiter wurde ferner lediglich für den Verein beschäftigt, der als juristische Person durchaus nicht identisch mit der Gesamtheit seiner Mitglieder ist. Es lag daher unseres Erachtens keine unfallversicherungspflichtige Beschäftigung vor.

a) Zuständigkeit der Kassen beim Vorhandensein mehrerer Bureaus desselben Unternehmens in verschiedenen Bezirken. b) Krankengeld für Invalidenrentner.

2. **Nach Runkel.** Frage: a) Im hiesigen Kassenbezirk befindet sich ein Steinbruchbetrieb mit einem Bureau. Das ständige Hauptbureau befindet sich aber außerhalb des Kassenbezirks und am Sitz einer anderen Ortskrankenkasse. Die im Hauptbureau angestellten Gehilfen werden einzig und allein darin beschäftigt, so daß für diese nicht § 5a, sondern § 5 des Gesetzes bezüglich der Kassenzugehörigkeit in Betracht gezogen werden könnte. Bisher waren sämtliche Arbeiter, auch die des Hauptbureaus bei der hiesigen Kasse versichert. Unsere Kasse bestreitet nun die Zugehörigkeit derjenigen Personen des Hauptbureaus zu ihr und hat den Arbeitgeber ersucht, sie hier abzumelden und bei derjenigen Kasse anzumelden, wo sich der Sitz des Bureaus befindet. Der Arbeitgeber wendet ein, daß unsere Kasse auch für sein Bureaupersonal zuständig sei, weil das Hauptbureau nur ein Teilbetrieb des Steinbruchsbetriebes sei. Welche Ansicht ist die richtige?

b) Unserer Kasse gehören eine große Zahl von Invalidenrentenbezieher, teils als Pflichtmitglieder und teils als freiwillige Mitglieder an, die die Kasse nicht unwesentlich belasten. Da nun Invalidenrentner mindestens zwei Drittel arbeitsunfähig sein müssen, um die Rente beziehen zu können, so ist hier bei der Kasse darüber Zweifel entstanden, ob sie berechtigt sind, das volle Krankengeld für alle Tage gleich den übrigen Mitgliedern zu beanspruchen. Gesetzlich dürfen Rentenbezieher doch nur ein drittel = zwei volle Arbeitstage in der Woche arbeiten bzw. für zwei volle Tage den vollen Lohn verdienen, so daß für diese auch nur zwei Arbeitstage bei der Krankengeldzahlung in Betracht kommen könnte. Würden solche aber Anspruch auf das volle Krankengeld für alle zu zahlenden Tage haben, so bekämen sie ja mehr an Krankengeld ausgezahlt, als sie an Lohn verdienen dürften. Daß von ihnen der volle Beitrag gleich den gesunden Arbeitern erhoben wird, dürfte mit Rücksicht darauf, daß sie auch die vollen Ansprüche für Arzt und Medikamenten haben, berechtigt sein. Wie ist in solchen Fällen zu verfahren?

Antwort: a) Wir teilen Ihre Auffassung. Maßgebend ist der Beschäftigungsort, und das ist das Hauptbureau für die in diesem dauernd beschäftigten Personen; für sie ist daher Ihre Kasse nicht zuständig.

b) Die Ansicht, daß ein Invalidenrenter nur ein Drittel der Zeit, wie ein Gesunder, arbeiten dürfe, ist irrig. Vielmehr gilt als invalide derjenige, der nur weniger als ein Drittel dessen, was ein Gesunder zu verdienen pflegt, zu verdienen vermag, nämlich in gleichen Zeiträumen. Daher ist sehr wohl möglich, daß ein Invalide die gleiche Zeit arbeitet, aber das, was er zu leisten vermag, ist wesentlich weniger. Darum ist es auch nicht angängig, ihm Krankengeld höchstens für den dritten Teil der Arbeitstage gesunder Arbeiter zu gewähren. Er hat vielmehr Krankengeld für jeden Arbeitstag zu verlangen, also für jeden Tag, an welchem er gewöhnlich arbeiten würde, wenn ihn nicht die Krankheit dazu unfähig machte. Seine geringere Arbeitsfähigkeit wird ja im allgemeinen mittelbar bei der Höhe des Krankengeldes berücksichtigt, insofern dieses abhängig ist von den Beiträgen und diese wiederum von dem Verdienst.

Anfechtung eines Anstellungsvertrages wegen Krankheit des Angestellten.

3. **Nach Oberkassel.** Antwort: War ein Angestellter bereits beim Antritt seiner Stellung derart krank, daß er seine Arbeit bereits nach nicht allzu langer Zeit wieder einstellen mußte, so kann der Prinzipal den Anstellungsvertrag gemäß § 119 StGB. wegen Irrtums anfechten; denn die Gesundheit eines Angestellten muß als eine Eigenschaft der Person gelten, die im Verkehr als wesentlich angesehen wird. Die Voraussetzungen für die Anfechtung dürften im vorliegenden Fall erfüllt sein,

Digitized by Google

wo der Angestellte vor seiner Anstellung wegen eines Lungenleidens längere Zeit nicht gearbeitet hatte und bereits vier Wochen nach dem Beginn seiner Tätigkeit diese aufgeben mußte. Wird der Vertrag wegen Irrtums angefochten, so braucht der Prinzipal nur bis zu dem Tage, bis zu dem jener gearbeitet hat, das Gehalt zu zahlen. § 63 HGB. kann dann keine Anwendung finden. Für solche Fälle, in denen die Anfechtung nicht begründet ist, gilt für Handlungsgehilfen bei unverschuldeter Krankheit folgendes: sie haben Anspruch auf Gehalt bis zu sechs Wochen, sofern das Vertragsverhältnis nicht schon vorher durch Kündigung erlischt; das Krankengeld darf ihnen nicht abgezogen werden (§ 63 HGB.). Ebenso darf nicht die Zeit, für die Gehalt gezahlt werden muß, auf die Dauer der Krankenunterstützung angerechnet werden, so daß diese stets für 26 Wochen zu gewähren ist, gleichviel, ob für die ersten sechs Wochen Gehalt bezogen wird. Allerdings kann nach der herrschenden, wenn auch bestrittenen Ansicht mit einem Handlungsgehilfen vereinbart werden, daß er im Krankheitsfalle kein Gehalt bekomme.

Befreiung der zur Ortskrankenkasse gehörenden Dienstboten von der Versicherungspflicht.

4. Nach Gl. Antwort: Die §§ 418 und 419 RVO. lassen die Befreiung von der Versicherungspflicht allgemein zu für alle in der Landwirtschaft Beschäftigten ohne Rücksicht darauf, ob diese der Land- oder der Allgemeinen Ortskrankenkasse angehören. Und § 435 RVO. läßt die §§ 418 und 419 ohne besondere Einschränkung für Dienstboten Anwendung finden, so daß auch diese von der Versicherungspflicht befreit werden können, wenn sie der Ortskrankenkasse angehören. Ebenso Hahn, Krankenversicherung, Anm. 1 Abs. 2 zu § 435 und Schäffer Anm. 1 zu § 435.

Kosten des behufs Aufnahme in die Irrenanstalt ausgestellten ärztlichen Zeugnisses.

5. Nach L. Antwort: Die Krankenkasse muß die Kosten des für die Aufnahme in die Irrenanstalt erforderlichen Zeugnisses übernehmen, wenn sie sich mit der Aufnahme einverstanden erklärt hat. Dies hat sie offenbar getan, indem sie den Ersatz der Transport- und Pflegekosten anerkannt hat (vgl. Arb.-Versorgg. 24 S. 652).

Eintritt der Ersatzmänner in den Kassenvorstand.

6. Nach Bünde. Antwort: Ein Ersatzmann kann nur dann in den Kassenvorstand eintreten, wenn eines seiner Mitglieder das Amt verliert oder in der Ausübung behindert ist. Nicht aber ist zulässig, daß beide im Wege der Uebereinkunft in der Weise tauschen, daß der Ersatzmann Vorstandsmitglied und das Vorstandsmitglied Ersatzmann wird (vgl. z. B. Mustersatzung für allgemeine Ortskrankenkassen §§ 64 Abs. 3, 79 Abs. 9 Satz 3 und Wahlordnung dazu §§ 19 Abs. 1, 26 Abs. 2).

Begriff des Dienstboten.

7. Nach Dortmund. Antwort: Ob jemand als Dienstbote zu betrachten ist, ist nach Landesrecht zu beurteilen. Für Preußen wird allgemein die Aufnahme in den Hausstand der Herrschaft verlangt. Dazu gehört u. E. aber auch, daß der Dienstverpflichtete regelmäßig in der Häuslichkeit der Herrschaft schläft. Darum sind Aufwartefrauen und Aufwartemädchen, die im eigenen oder der Eltern Haushalt schlafen, nicht zu den Dienstboten zu rechnen, auch wenn sie den ganzen Tag über in der Häuslichkeit der Herrschaft beschäftigt sind. Einen abweichenden Standpunkt hat freilich das Preuß. Oberverwaltungsgericht in einer Entscheidung vom 11. Oktober 1907 (I 1307. Deutsche Juristen-Zeitung 1908 S. 431) eingenommen. Dernburg, Bürgerliches Recht, II. Bd. 2. Abteilung, S. 412, erklärt die Aufnahme in das Haus des Dienstherrn für ein wesentliches Merkmal des Begriffs Gesinde. Auch die Anleitung des Reichsversicherungsamts Nr. 40 verlangt die Aufnahme in die häusliche Gemeinschaft des Arbeitgebers. Vgl. auch Hahn, Handb. der Krankenvers. S. 168 Anm. 9 zu § 165 RVO.

a) Zugehörigkeit von Außenarbeitern zur Betriebskrankenkasse. b) Ersatzanspruch des Armenverbandes wegen Unterstützung von Angehörigen der Kassenmitglieder. c) Karenzzeit für Familienhilfe. d) Vorsitz in der Betriebskrankenkasse.

8. Nach Duisburg. Antwort: a) Für die Zugehörigkeit zu den Betriebskrankenkassen kommen die Vorschriften über den Beschäftigungsort, namentlich auch § 153 Abs. 4 RVO., nicht in Betracht, sondern es gehören alle im Betriebe, gleichviel wo, beschäftigten Versicherungspflichtigen zur Kasse (§ 245 Abs. 3). Durch die Satzung können daher die außerhalb einer festen Betriebsstätte des Unternehmers beschäftigten Arbeiter, auch wenn sie erst an Ort und Stelle angenommen werden (z. B. bei Montagen), nicht von der Zugehörigkeit zur Betriebskrankenkasse ausgeschlossen werden. Vgl. Entscheidung des Preuß. Oberverwaltungsgerichts in Arb.-Versorgg. 1911 S. 343.

b) Nach Ihrer Satzung erhalten die Angehörigen Krankenpflege bis zu 26 Wochen, Krankenhauspflege jedoch höchstens bis sechs Wochen. Wenn nun der Armenverband einen Angehörigen im Krankenhause unterstützt, so kann er bis zur Dauer von sechs Wochen den halben Grundlohn, darüber hinaus nur drei Achtel des Grundlohns von der Kasse als Ersatz verlangen (§ 1533 mit § 1503).

c) Da die Famlienhilfe zu den Mehrleistungen gehört, kann für ihre Gewährung eine Wartezeit nach § 208 vorgesehen werden.

d) Bei der Betriebskrankenkasse führt der Arbeitgeber oder sein Vertreter den Vorsitz (§ 338 Abs. 3). Läßt sich der Arbeitgeber vertreten, so braucht er keineswegs zwei Vorsitzende, einen ordentlichen und einen Stellvertreter, zu bestellen, da er im Bedarfsfalle ja jederzeit selbst eintreten oder einen Vertreter bestimmen kann. Wenn er aber von vornherein einen Vertreter bestimmt, so hat dieser keinerlei Rechte im Vorstande, solange nicht der Bedürfnisfall eintritt.

Erlöschen freiwilliger Versicherung durch Zahlungsverzug.

9. Nach Weiden. Antwort: Durch den zweimaligen Zahlungsverzug ist die Versicherung des Dienstmädchens kraft Gesetzes (§ 4 Abs. 4 KVG.) erloschen, und der Vorstand ist nicht befugt, von dieser Rechtsfolge abzusehen. Daß das Mädchen die Rechtslage nicht gekannt hat, ist unerheblich; ebenso daß es bisher „üblich" war, die Beiträge vom Arbeitgeber zu erheben. Rechtlich hatte die Kasse, da es sich um freiwillige Versicherung handelte, mit dem Arbeitgeber überhaupt nichts zu tun. Auch der Irrtum oder die Unkenntnis des verreisten Arbeitgebers hinsichtlich der Sach- und Rechtslage ist daher ohne Bedeutung. Wurden die Beiträge nicht abgeholt, so mußte die Versicherte sie einzahlen.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Dippe**, Geh. Justizrat **J. Hahn**, Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat und Vortr. Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe Dr. **Hoffmann**, Geh. Reg.-Rat und Vortr. Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. **Laß**, Rat Dr. **Olshausen**, Geh. Rat Prof. Dr. **Rosin**, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. **K. Weymann**, Geh. Reg.-Rat Dr. **Zacher** u. anderen namhaften Fachmännern.
herausgegeben von
A. Troschel.

XXXI. Jahrgang. **1. Februar 1914.**

Redaktion:	**Nr. 4**	**Verlag und Expedition:**
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung R. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Die Voraussetzungen der Witwenrente.

Von Regierungsrat **Schlenther** in Breslau.

Unter den Streitsachen, die vor den Spruchinstanzen des Reichsversicherungsrechts zur Entscheidung gelangen, stellen die Klagen auf Witwenrente meist besonders hohe Anforderungen an die Objektivität der Richter. Diese Klagen stellen die weitaus häufigste Form der Hinterbliebenenansprüche dar, denn die Waisenrenten sind entweder (in Unfallsachen) untrennbar mit der Entscheidung über die Witwenrente verbunden, oder (in Invalidensachen) nur von der Erfüllung rein formaler Voraussetzungen abhängig und deshalb kein häufiger Gegenstand einer Berufungsklage.

In Unfallsachen handelt es sich fast regelmäßig um den einzigen oder doch überwiegenden Ernährer einer oft genug starken Familie, der durch einen plötzlichen Tod aus gut gelohnter Arbeit gerissen wurde und die Seinen in besonders traurigen Lebensverhältnissen dann zurückläßt, wenn die Frau nicht mehr voll arbeitsfähig ist. Die Bewilligung oder Versagung der Hinterbliebenenrente hängt in Unfallsachen meist von der Beantwortung der rein medizinischen Frage ab, ob ein unmittelbarer oder doch mittelbarer Zusammenhang zwischen Tod und Unfall mit Sicherheit oder doch größter Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, seltener von der rein rechtlichen, ob der zum Tode führende Unfall ein Betriebsunfall war.

Namentlich die medizinischen Fragen nach dem Zusammenhang von Tod und Unfall sind in der Regel überaus verwickelt und nur zu oft stehen sich die Ansichten verschiedener Autoritäten gegenüber. Zu einer Erörterung im Rahmen dieses Aufsatzes sind sie jedoch ungeeignet und das um so mehr, als sie nur von Fall zu Fall entschieden werden können und keine gemeinsamen allgemeinen Gesichtspunkte darbieten. Ebenso bietet der an sich sehr schwierige Begriff des Betriebsunfalls keine Besonderheiten bezüglich der Witwenrente.

In Invalidensachen dagegen sind die von der Reichsversicherungsordnung neu eingeführten Witwenrentenansprüche von anders gearteten Voraussetzungen abhängig. Hier ist die Todesursache unerheblich — auch bei Selbstmord des Versicherten dürfte bei sonst erfüllten formalen Voraussetzungen (Markenzahl und Erhaltung der Anwartschaft) die Waisenrente nicht versagt werden können — indessen verlangt das Gesetz außer der Erfüllung der genannten Formalien seitens des Versicherten noch die „Invalidität" der Witwe.

Der Begriff der Invalidität, für dessen Umschreibung das Gesetz sich des bekannten, etwas langatmigen Ausdrucks bedient, nämlich die Unfähigkeit, „durch eine Tätigkeit, die den Kräften und Fähigkeiten (des Rentenbewerbers) entspricht, und ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufs zugemutet werden kann, ein Drittel dessen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit

Digitized by Google

ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen," ist bei den Witwen noch durch den Zusatz verengert, daß hinsichtlich der ihnen zuzumutenden Tätigkeit auf ihre „bisherige Lebensstellung" Rücksicht zu nehmen ist. (§§ 1255, 1258 Abs. 2 RVO.)

Die Bestimmung jenes Verdienstdrittels, der „Mindestverdienstgrenze", wie die übliche Bezeichnung lautet, ist seit langem eine crux für Versicherungsanstalten und Spruchinstanzen, und wird bezüglich der Witwen durch die vorgeschriebene Rücksicht auf ihre, d. h. des verstorbenen Mannes, bisherige Lebensstellung noch besonders erschwert. Indem ich mir die Erörterung der Mindestverdienstgrenzenfrage für einen späteren Aufsatz vorbehalte, möchte ich hier nur auf die verlangte Rücksichtnahme, auf die bisherige Lebensstellung der Witwe näher eingehen.

Die vom Gesetz vorgenommene Unterscheidung zwischen der „allgemeinen" Invalidität, wie man die des § 1255 bezeichnen könnte, und der „Witweninvalidität", beruht unzweifelhaft auf der Erwägung, daß für letztere regelmäßig Frauen in Frage kommen, die während der Ehe Lohnarbeiten nicht zu verrichten brauchten. Der Gesetzgeber mag dabei besonders an Witwen der in § 1226 Ziff. 2—5 genannten Versicherten gedacht haben. Gewiß ist die Bestimmung der Mindestverdienstgrenze gerade in solchen Fällen besonders schwierig und ich komme darauf zurück, aber es gibt auch unter den in Ziff. 1 und 6 bezeichneten Kategorien so hoch gelohnte Versicherte, daß deren Ehefrauen nicht auf Lohnarbeit während der Ehe angewiesen sind. Nach Herkunft und Beruf vor der Ehe wird sich die Frau z. B. eines bergmännischen Vollhäuers kaum von der eines gewöhnlichen Tagearbeiters unterscheiden und doch entschließt man sich nur schwer, den Witwen beider die gleiche Lohnarbeit zuzumuten. Denn während der Tagearbeiter meist nur zur Miete wohnt und ein Wohnungswechsel für ihn leicht ist, hat ein Bergarbeiter häufig sein kleines Anwesen, das nach seinem Tode auch die Witwe noch fesselt. Ich würde es aus volkswirtschaftlichen Gründen nicht für zweckmäßig halten, wollte man von solchen Witwen den Verkauf ihres Anwesens damit erzwingen, daß man sie auf einen Arbeitsmarkt verweist, der die Befreiung von jener „Fessel", des Grundbesitzes, zur Voraussetzung hat. Die im deutschen Osten mühsam erstrebte „Seßhaftmachung" der Arbeiterschaft wird durch Aufstellung solcher Grundsätze für ihre Invalidisierung hinfällig.

Dazu kommt ein Weiteres: die Frau eines Tagelöhners, die schon während ihrer Ehe ständig auf Lohnarbeit ging, verfügt nach dem Tode ihres Mannes über ihren alten Arbeitgeberkreis, während die Witwe eines Bergarbeiters, die bisher keine Lohnarbeit zu verrichten brauchte, genötigt ist, sich diesen Arbeitgeberkreis erst zu suchen. Ist dergleichen schon schwer, wenn man in voller Arbeitskraft steht, so wird die Schwierigkeit fast unüberwindlich, wenn es sich, wie das hier doch die unzweifelhafte Regel bilden wird, um Frauen handelt, die in ihrer Arbeitsfähigkeit bereits mehr oder minder stark beeinträchtigt sind. Diese Verhältnisse bei der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit gänzlich unberücksichtigt zu lassen, würde ich doch nicht für unbedenklich halten. Denn es liegt meines Erachtens auch darin ein Zeichen einer anderen "Lebensstellung", wenn eine Frau bisher nicht genötigt war mitzuverdienen. Der Tagelöhnerfrau gegenüber wird die „Lebensstellung" der Bergmannsfrau nicht in einer höheren Mindestverdienstgrenze zum Ausdruck kommen, sondern darin, daß man ihren Arbeitsmarkt sowohl räumlich wie sachlich einschränkt. Letzteres namentlich wird in der Praxis Schwierigkeiten machen, die ich weit entfernt bin, zu verkennen. Denn man gelangt bei der sachlichen Umgrenzung des Arbeitsmarktes zu der Frage, inwieweit die Aufnahmefähigkeit des Arbeitsmarktes bei der Ermittlung der Erwerbsfähigkeit eine entscheidende Rolle spielen darf. Indessen ist dies eine Frage, die bei der „allgemeinen" Invalidität dieselbe Bedeutung hat, und deshalb besser im Zusammenhange mit der Mindestverdienstgrenzenfrage besprochen wird.

Ist bei den Witwen qualifizierter Arbeiter die Beurteilung ihrer Invalidität weniger von der Höhe der Mindestverdienstgrenze als von der Bewertung des in Frage kommenden Arbeitsmarktes abhängig, so liegt die Hauptschwierigkeit bei den Witwen der in § 1226 Ziff. 2—5 genannten Versicherten in der Feststellung der richtigen Mindestverdienstgrenze. Schon in der Begründung zum Entwurf des jetzigen § 1258 (§ 1243. Begr. S. 399 ff.) ist darauf hingewiesen, daß es darauf ankommt,

Digitized by Google

zu ermitteln, welche Tätigkeit der Witwe eines sozial höher gestellten Versicherten zuzumuten ist. In dieser Beziehung dürfte aber doch von vornherein die Ansicht abzulehnen sein, als ob Witwen solcher Versicherten Lohnarbeit überhaupt nicht zugemutet werden dürfe. Es handelt sich hier vielfach bereits um Frauen mit einem gewissen eigenen Vermögen und einem oft empfindlichen „Standesbewußtsein", die es als beleidigend empfinden, wenn man sie auf den allgemeinen Arbeitsmarkt verweist. Gegen derartige Prätensionen kann meines Erachtens nicht früh und nicht scharf genug Stellung genommen werden. Jede Witwe wird nach dem Tode ihres Mannes, falls sie nicht über ein solches Vermögen verfügt, daß sie von dessen Zinsen leben kann, auf der sozialen Leiter um mehrere Stufen herabsteigen müssen und es ist nicht mehr als billig, daß die Witwen jener Versicherten davon keine Ausnahme machen. Dennoch bleibt die Bestimmung der für sie maßgebenden Mindestverdienstgrenze ein Problem, das mit zahlenmäßiger Erhöhung über das Drittel des ortsüblichen Tagelohn erwachsener Arbeiterinnen hinaus nicht gelöst erscheint. Vielmehr wird erforderlich sein in jedem Einzelfall zu erwägen, ob die Rentenbewerberin als Kochfrau, Wirtschafterin, Meierin, Stütze der Hausfrau, Hausdame u. ä. ihrer bisherigen Lebensstellung nach zu verwenden wäre, und hiernach wird unter Berücksichtigung der „Gegend" ihres Wohnortes die Mindestverdienstgrenze zu ermitteln sein. Erst wenn diese feststeht, wird es sich weiter fragen, ob die ärztlich festgestellte Arbeitsfähigkeit ihr die Annahme einer derartigen Stellung ermöglicht und sie in einer solchen ihre Mindestverdienstgrenze erreichen kann. Bei Frauen dieser Art wird aber, abweichend von den Witwen ansässiger Arbeiter, der Begriff der „Gegend" nicht eng gefaßt werden dürfen, insbesondere wird ihnen in erheblich größerem Umfange als selbst Tagelöhnerfrauen ein Wohnungswechsel zugemutet werden können und müssen. Ausscheiden müssen meines Erachtens bei der Ermittlung des Arbeitsmarktes solcher Witwen in der Regel alle Stellungen, die eine besondere Vorbildung beanspruchen. So scheint es mir nicht möglich, einer Frau, die sich bisher lediglich der Besorgung ihrer Häuslichkeit gewidmet hat, zuzumuten, Buchhalterin oder Stenotypistin zu werden, wenn sie nicht gerade vor der Ehe einen solchen Beruf bereits gehabt hat. Schließlich wird auch hier wieder die Frage nach der Uebersättigung des Arbeitsmarktes erwogen werden müssen, wenn diese auch mit Rücksicht auf dessen räumliche Ausdehnung — anders wie bei Häusler- und Bergarbeiterwitwen — keine ausschlaggebende Bedeutung haben wird.

Nimmt man endlich noch hinzu, daß die Witwenrente als Entschädigung für den Verlust ihres bisherigen Ernährers gedacht und die Beitragserstattung des alten Rechtes weggefallen ist, daß sich ferner die Höhe der Rente nach der Beitragsentrichtung des *Verstorbenen* richtet, so gelangt man zu dem Ergebnis, daß die Anträge auf Witwenrente einer besonders wohlwollenden Abwägung aller in Betracht kommenden Umstände bedürfen. Witwen, die während der Ehe selbst erwerbstätig gewesen sind, kommen für die Gewährung der Witwenrente wohl nur dann in Betracht, wenn sie aus den eigenen Versicherungsbeiträgen die Anwartschaft verloren haben, da sonst § 1318 RVO. über das Ruhen der niedrigeren zweier zusammentreffenden Renten Platz greift.

Streit über Beiträge zur Invalidenversicherung bei der Rentenfestsetzung.

Von Magistratsassessor **Dr. Simm** in Berlin

Nach § 1459 RVO. entscheidet bei Streit über die Beitragsleistung, „wenn er nicht bei der Rentenfestsetzung hervortritt", das Versicherungsamt und auf Beschwerde endgültig das Oberversicherungsamt. Die Worte „wenn usw." sind aus § 155 JVG. hervorgegangen. In dieses Gesetz sind sie mit Rücksicht auf die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts aufgenommen worden, während sie in § 122 J.- u. AVG. nicht enthalten waren. In der Revisionsentscheidung, Amtl. Nachr. 1895 S. 34 Nr. 403 hatte nämlich das Reichsversicherungsamt festgestellt, daß Entscheidungen der Verwaltungsbehörden, die im

Digitized by Google

Laufe des Rentenfeststellungsverfahrens ergehen, für die Rentenfeststellungsinstanzen nicht bindend sind, daß vielmehr allein den Anstaltsvorständen und den höheren Instanzen die Entscheidung über die Rechtmäßigkeit der früher erfolgten Beitragsentrichtung, insbesondere auch über die Frage der Versicherungspflicht, zusteht.

Aus diesem, nunmehr auch durch den Wortlaut des § 1459 RVO. zum Ausdruck gebrachten Grundsatz wird vielfach gefolgert, daß, wenn im Rentenverfahren über die Beitragsleistung Streit entsteht, die Spruchbehörden das Verfahren nicht zur Herbeiführung einer Entscheidung nach § 1459 RVO. aussetzen dürfen, sondern über diese Frage, wie über alle Voraussetzungen des Anspruchs, selbständig entscheiden müssen, daß also in einem solchen Falle ein Verfahren nach § 1459 RVO. niemals stattfinden darf (Hanow-Lehmann, 4. Buch Anm. 11 c zu § 1459 S. 519).

Diese Auffassung zieht jedoch bedenkliche Folgen nach sich, und es können besonders dann Schwierigkeiten entstehen, wenn im Rentenfestsetzungsverfahren das Bestehen der Anwartschaft davon abhängt, ob die Beschäftigung eines Rentenbewerbers, für den der Arbeitgeber keine Beitragsmarken verwandt hat, versicherungspflichtig war oder nicht. Nach § 1617 RVO. hat der Vorsitzende des Versicherungsamts zu ermitteln, was zur Klarstellung des Rechtsverhältnisses erforderlich ist. Hierzu gehört zweifellos die Frage, ob die Anwartschaft auf Rente noch besteht. Hält daher der Vorsitzende des Versicherungsamts das Beschäftigungsverhältnis, für das Beitragsmarken nicht verwandt sind, für ein versicherungspflichtiges, so hat er auch nach Anmeldung eines Anspruchs auf die nachträgliche Entrichtung etwa rückständiger Pflichtbeiträge hinzuwirken. Das gleiche gilt vom Oberversicherungsamt. In der Nichterfüllung dieser Pflicht kann ein wesentlicher Mangel des Verfahrens erblickt werden (Amtl. Nachr. 1899 S. 778 Besch. 783, Amtl. Nachr. 1911 S. 420 Entsch. Nr. 1547).

Wie soll nun verfahren werden, wenn die Landesversicherungsanstalt die Beschäftigung bereits früher für nicht versicherungspflichtig erklärt hat, das Versicherungsamt dagegen die Beschäftigung für versicherungspflichtig erachtet, sei es, daß der Vorsitzende im Gegensatz zur Landesversicherungsanstalt Versicherungspflicht annimmt, sei es, daß er von den Versicherungsvertretern in der mündlichen Verhandlung überstimmt wird? Folgt man den Ausführungen von Hanow-Lehmann, daß in einem solchen Falle ein Verfahren gemäß § 1459 nicht stattfinden darf, so kommt man zu einem sehr unerfreulichen Ergebnis. Denn wenn der Arbeitgeber, ebenso wie die Landesversicherungsanstalt, Versicherungspflicht verneint und sich weigert, die Beitragsmarken freiwillig nachzuverwenden, und wenn der Rentenbewerber mittellos oder aus einem anderen Grunde zur freiwilligen Leistung des Betrags seinerseits nicht bereit ist, so bleibt nichts anderes übrig, als sofortige Zwangsvollstreckung gegen den Arbeitgeber. Hierdurch wird diesem aber einmal das ihm nach § 1459 RVO. zustehende Rechtsmittel der Beschwerde abgeschnitten. Ferner besteht die Wahrscheinlichkeit, daß die Landesversicherungsanstalt auf ihrem abweichenden Standpunkt beharrt und den Antrag des Rentenbewerbers abweist. Kommen die höheren Instanzen zu demselben Ergebnis, so war die Zwangsvollstreckung gegen den Arbeitgeber unberechtigt, und er bleibt auf das Rückforderungsrecht aus § 1446 RVO. angewiesen, wobei es wiederum zweifelhaft sein kann, ob er die Beiträge „in der irrtümlichen Annahme der Versicherungspflicht" entrichtet hat, ob also überhaupt die Voraussetzungen des § 1446 RVO. vorliegen.

Alle diese Bedenken lassen es sehr erwünscht erscheinen, daß das Versicherungsamt trotz des schwebenden Rentenfestsetzungsverfahrens in solchen Fällen eine Entscheidung aus § 1459 RVO. trifft. Dagegen spricht nur die Tatsache, daß nach der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts diese Entscheidung für die Rentenfestsetzungsinstanzen nicht bindend sein würde. Dies erscheint jedoch gegenüber den aus der entgegengesetzten Auffassung sich ergebenden Bedenken als das kleinere Übel. Die Vorteile einer Entscheidung aus § 1459 bestehen vor allem darin, daß dem seine Verpflichtung bestreitenden Arbeitgeber die Beschwerde an das Oberversicherungsamt gewahrt wird, und er nicht sofortiger Zwangsvollstreckung gewärtig sein muß. Die Gefahr, daß über die Versicherungspflicht desselben Beschäftigungsverhältnisses zwei verschiedene

Digitized by Google

Entscheidungen ergehen — eine Erwägung, die das Reichsversicherungsamt ebenfalls zu seiner Stellungnahme bewogen hat (Amtl. Nachr. 1895 S. 34 Nr. 403) —, ist, wie dargetan, ebenso groß, wenn eine beschwerdefähige Entscheidung nicht getroffen wird. Endlich findet durch eine Entscheidung aus § 1459 RVO. eine erhebliche Verzögerung des Rentenfestsetzungsverfahrens nicht statt, da auch dann, wenn eine Entscheidung aus § 1459 nicht ergeht, dem Rentenbewerber Zeit gelassen werden muß, um sachdienliche Anträge zur Einziehung der rückständigen Beträge zu stellen. Erforderlichenfalls muß sogar zu diesem Zwecke das Verfahren ausgesetzt werden.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Die Entscheidung einer sachlich unzuständigen Verwaltungsbehörde ist unwirksam.

Entscheidung des **Bad. Verwaltungsgerichtshofs** vom 18. März 1913.

Nach § 83 Abs. 1 der Verordnung des Großh. Ministeriums des Innern vom 31. Dezember 1912, den Vollzug der Reichsversicherungsordnung hinsichtlich der Versicherungsbehörden und der Unfallversicherung betr., werden die Aufgaben, die auf dem Gebiete der Krankenversicherung den unteren Verwaltungsbehörden und den Aufsichtsbehörden der Krankenkassen obliegen, für die Zeit, bis die Vorschriften des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung in Kraft treten, den Vorsitzenden der Versicherungsämter übertragen. Gemäß Abs. 2 waren die Sachen, die bei Gemeindebehörden oder Bürgermeistern als den bisherigen Aufsichtsbehörden anhängig waren, am 1. Januar 1913 in der Lage, in der sie sich befanden, an die Vorsitzenden der Versicherungsämter abzugeben und von diesen zu erledigen. Diese Bestimmungen finden in Ziff. I der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 24. Juni 1912 betreffend die vom Bundesrat auf Grund des Art. 100 Einf.Ges. z. RVO. erlassenen Ausführungsbestimmungen zur Reichsversicherungsordnung ihre Grundlage. Hiernach ist bei Streitigkeiten nach § 58 KVG. während der Uebergangszeit — vgl. Art. 4 der Kaiserl. Verordnung betr. die Inkraftsetzung von Vorschriften der Reichsversicherungsordnung vom 5. Juli 1912 — der Vorsitzende des Versicherungsamts in gleicher Weise zur Entscheidung berufen, wie bisher die Aufsichtsbehörde der Krankenkasse, während für die weiteren Rechtsmittel nicht die Instanzen der Reichsversicherungsordnung in Betracht kommen, vielmehr die früheren Instanzen zuständig bleiben. Der Verwaltungsgerichtshof ist daher zur Entscheidung über die vorliegende sich auf § 58 KVG. stützende Klage an sich zuständig und hat bei der gegebenen Rechtslage zunächst zu der Frage Stellung zu nehmen, welche rechtliche Bedeutung dem Umstand beizumessen ist, daß die angefochtene Entscheidung vom 4. Januar 1913 noch von dem Bürgermeisteramt als Aufsichtsbehörde erlassen worden ist. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß das Bürgermeisteramt zur Erlassung der angefochtenen Entscheidung sachlich nicht mehr zuständig war. Im § 85 Abs. 1 der obengenannten Verordnung des Großh. Ministeriums des Innern ist nämlich bestimmt, daß ihre Bestimmungen mit dem 1. Januar 1913 in Kraft treten. Daß eine Verordnung verbindliche Kraft erhält, setzt gemäß Art. 1 Ausf.Ges. z. BGB. in Verbindung mit der Landesherrl. Verordnung vom 11. November 1899 in der Fassung vom 24. Dezember 1910 allerdings weiter voraus, daß sie vor dem Tage, den sie selbst als Zeitpunkt ihres Inkrafttretens bestimmt, mittels des Gesetzes und Verordnungsblatts verkündet worden ist: diesem Erfordernis ist entsprochen, denn das Gesetzes- und Verordnungsblatt Nr. 59 des Jahres 1912, das die Verordnung enthält, bezeichnet als Ausgabetag den „31. Dezember 1912". An dem Inkrafttreten der genannten Verordnung am 1. Januar 1913 kann der Umstand nichts ändern, daß die betreffende Nummer des Gesetzes- und Verordnungsblatts nach der Erklärung des Bürgermeisteramts erst am 6. Januar 1913 bei dieser Stelle angekommen ist, denn die verbindliche Kraft einer Verordnung ist nicht davon abhängig, daß sie an den einzelnen Orten des Großherzogtums bekannt geworden ist. Vgl. Dorner, Ausf.Ges. z. BGB. Anm. I—IV zu Art. 1.

Die Entscheidung einer sachlich unzuständigen Verwaltungsbehörde kann eine rechtliche Wirkung nicht erzeugen; sie ist nichtig und bedarf an sich nicht der Aufhebung; sie kann ohne weiteres von jeder Privatperson und von jeder Behörde ignoriert werden; die Rechtslage ist trotz

Digitized by Google

der Entscheidung so, als ob diese nicht erlassen worden wäre. Von diesem Gesichtspunkte aus müßte allerdings die Einlegung eines Rechtsmittels gegen eine von einer sachlich unzuständigen Behörde erlassene Entscheidung als unzulässig erklärt werden, da das Rechtsmittel die Aufhebung eines Verwaltungsakts bezweckt, der als gar nicht vorhanden gilt. Andrerseits ist nicht zu verkennen, daß im Interesse der Rechtssicherheit das Bedürfnis besteht, das allerdings nicht notwendige Rechtsmittel gegen einen nichtigen Verwaltungsakt doch für zulässig zu erklären. Es handelt sich dann um eine Feststellungsklage auf Nichtbestehen eines Verwaltungsakts, die voraussetzt, daß ein rechtliches Interesse auf Feststellung vorliegt. Die angegangene Behörde darf also in Fällen dieser Art nicht in der Hauptsache entscheiden, sondern muß sich auf die formelle Aufhebung der angefochtenen Entscheidung beschränken. Im vorliegenden Falle fehlt es an einer von der zuständigen Behörde erlassenen Vorentscheidung, so daß der Gerichtshof materiell nicht über die Klage entscheiden kann. Dagegen muß anerkannt werden, daß die Klägerin ein berechtigtes Interesse daran hat, daß die Nichtigkeit der angefochtenen Entscheidung festgestellt wird. Die Erhebung der Klage wäre allerdings nicht unbedingt notwendig gewesen, vielmehr hätte sich die Klägerin darauf beschränken können, bei dem Vorsitzenden des Versicherungsamts den Antrag zu stellen, daß er unter Nichtbeachtung der Entscheidung des Bürgermeisteramts seinerseits eine Entscheidung über ihren Anspruch erläßt, allein es wäre bei Einhaltung des letzteren Verfahrens mit Rücksicht auf die Neuheit der durch die Reichsversicherungsordnung und die hierzu gehörigen Uebergangsbestimmungen geschaffenen Organisation Weiterungen nicht ausgeschlossen gewesen. Mit der Aufhebung der angefochtenen Entscheidung wird für die künftige Behandlung der Sache eine sichere Rechtslage geschaffen. Es hat nunmehr der Vorsitzende des Versicherungsamts über die von der Klägerin erhobene Beschwerde Entscheidung zu treffen. Vgl. Kormann, Das System der rechtsgeschäftlichen Staatsakte S. 204/207, 247, 251/252, 261/262; W. Jellinek, Der fehlerhafte Staatsakt und seine Wirkungen S. 45/46, 54/56, 93/95; Entsch. d. Preuß. OVG. Bd. 31, 428.

Anmerkung: Der Grundsatz, daß die Entscheidung einer Behörde, die zu Entscheidungen der fraglichen Art überhaupt nicht berufen ist, Rechtswirkungen schlechthin nicht äußern kann, ist kürzlich vom Amtsgericht in Berlin-Lichterfelde in folgendem seltsamen Falle zur Geltung gebracht worden. Ein Versicherungsverein a. G. — Hilfskasse — hatte zwei Mitglieder wegen Zahlungsverzugs gemäß der Satzung ausgeschlossen. Die Aufsichtsbehörde entschied auf Beschwerde, daß die Ausgeschlossenen noch weiter als Mitglieder zu führen seien. Die Hilfskasse beschwerte sich beim Bezirksausschuß. Dieser erachtete sich zu einer Entscheidung nicht für berufen und verwies die Hilfskasse auf die Anfechtung des Bescheides der Aufsichtsbehörde im ordentlichen Rechtswege nach § 58 Abs. 1 KVG. (!!). Wäre dies so richtig gewesen, wie es falsch war, so wäre der Bescheid der Aufsichtsbehörde rechtskräftig gewesen, weil die Anfechtungsfrist inzwischen abgelaufen war. Die Hilfskasse erhob aber Feststellungsklage beim Amtsgericht dahin, daß die Ausschließung von den beiden Beklagten als mit Recht erfolgt anzuerkennen sei. Das Gericht wies die Klage zwar aus gewissen tatsächlichen Erwägungen ab, sprach aber ausdrücklich aus, daß die Entscheidung des Landrats ohne jede Rechtswirkung ist, weil zur Entscheidung über die streitige Vereinsmitgliedschaft ausschließlich die ordentlichen Gerichte berufen sind.

Wiederaufnahme des Verfahrens bei Versäumnis eines Termins infolge falscher Anweisung des diensttuenden Boten.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 2. Oktober 1913.

Durch die Rekursentscheidung vom 2. Oktober 1913 war auf den Rekurs der Beklagten das Urteil des Oberversicherungsamts aufgehoben und der Bescheid der Beklagten wieder hergestellt worden. Bei der Verhandlung der Sache waren die Parteien nicht vertreten. Kurz nach Verkündung des Urteils erschien der Kläger im Sitzungssaal und erklärte, er sei bereits seit 9 ½ Uhr, der anberaumten Terminsstunde, im Dienstgebäude des Reichsversicherungsamts anwesend, es sei ihm jedoch von dem diensttuenden Boten des Reichsversicherungsamts, als er sich beim Aufruf seiner Sache gemeldet habe, bedeutet worden, er dürfte den Sitzungssaal nicht betreten, sondern müsse auf den Vertreter der Beklagten warten, da seine Sache erst dann verhandelt würde, wenn dieser erschiene. Die Richtigkeit dieser Angaben wurde von dem betreffenden Boten bestätigt. Der Kläger stellte darauf den Antrag auf Wiederaufnahme des Verfahrens. Der mittlerschienene Vertreter der Beklagten erhob keinen Widerspruch und erklärte sich zum sofortigen Verhandeln bereit. Die Parteien wurden daraufhin mit ihren Ausführungen gehört.

Das Reichsversicherungsamt hat den Antrag auf Wiederaufnahme des Verfahrens für zulässig erachtet. Durch das Versehen des diensttuenden Boten des Reichsversicherungsamts, dessen Weisungen zu folgen der Kläger sich nach Lage der Sache verpflichtet fühlen mußte, ist der Kläger verhindert worden, das ihm nach § 1662 in Verbindung mit 1701 RVO. zustehende Recht, seine Sache in der mündlichen Verhandlung vor dem Reichsversicherungsamt selbst zu vertreten, auszuüben. Hiernach ist ein Wiederaufnahmegrund der in § 1722 Ziff. 4 RVO. bezeichneten Art gegeben. Da die Fristen des § 1728 RVO. gewahrt sind, mußte das Urteil des Reichsversicherungsamts vom 2. Oktober 1913 aufgehoben und die Hauptsache neu verhandelt werden.

Breithaupt.

Digitized by Google

B. Zur Krankenversicherung.

Krankenversicherung der im preußischen Staatsdienste beschäftigten Personen.

Erlaß des **Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe** vom 27. Dezember 1913.

Im Hinblick auf das Inkrafttreten der die Krankenversicherung betreffenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung sind die bisherigen Grundsätze über die Krankenfürsorge für die im Staatsdienste beschäftigten Beamten und Lohnangestellten einer Prüfung unterzogen worden.

Das Königliche Staatsministerium hat daraufhin unter dem 16. Dezember d. J. die hierunter abgedruckten Grundsätze beschlossen.

I. Demgemäß wird den im Bereiche meiner Verwaltung in Betrieben oder im unmittelbaren Dienste des Staates beschäftigten Beamten, deren Diensteinkommen 2500 M. jährlich nicht übersteigt, im Krankheitsfall ein Anspruch auf Gehalt, Ruhegeld, Wartegeld oder ähnliche Bezüge im anderthalbfachen Betrage des Krankengeldes auf die Dauer der Regelleistungen der Krankenkassen (§§ 179, 182, 183, 214 RVO.) gewährleistet.

Soweit die Dienstbezüge entweder von vornherein — was nicht vorkommen wird — oder nach Fortfall oder Verminderung infolge von Amtssuspension, Kündigung oder ähnlichen Ursachen den gewährleisteten Betrag nicht erreichen, ist der Fehlbetrag als Zuschuß zu gewähren. Die Bestimmung über die Verrechnung der hiernach etwa entstehenden Kosten behalte ich mir vor.

Die bisherigen Bestimmungen über die Krankenfürsorge für Staatsbeamte (vgl. Erlaß vom 19. April 1904, HMBl. S. 108) treten außer Kraft.

II. Nicht beamtete Personen (Angestellte und Arbeiter), welche in Betrieben oder im unmittelbaren Dienste des Staates gegen Entgelt beschäftigt werden[1]), sollen im Bereiche meiner Verwaltung von der Krankenversicherungspflicht auf Grund des § 169 RVO. nicht befreit werden. Alle derartigen Lohnangestellten, deren regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst 2500 M. nicht übersteigt, sind daher, sofern sie nicht bereits in Betriebs- oder sonstigen Krankenkassen versichert sind, vom 1. Januar 1914 ab für den Fall der Krankheit zu versichern.

[1]) Z. B. auch Bureau- und Kanzleigehilfen, Haus- und Kanzleidiener, Pförtner, Nachtwächter, Drucker, Maschinenschreiberinnen, Fernsprechgehilfinnen, zu vgl. die Anleitung des Reichsversicherungsamts über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen vom 26. April 1912, mitgeteilt durch Erlaß vom 18. Mai 1912 (HMBl. S. 290).

Ich ersuche, die nach den §§ 317 und 318 RVO. erforderlichen Anmeldungen sofort zu veranlassen.

Die Versicherungspflichtigen haben zwei Drittel, der Staat als Arbeitgeber hat ein Drittel der Beiträge zu zahlen (§ 381 RVO.).

Die Zahlung der Beiträge ist durch §§ 393 ff. a. a. O. geregelt. Die auf Fonds der Handels- und Gewerbeverwaltung zu übernehmenden Anteile sind gemäß meinem Erlasse vom 24. Mai 1907 (HMBl. S. 173) zusammen mit den an die versicherungspflichtigen Personen zu zahlenden Vergütungen zu verrechnen.

Ob eine Befreiung von der Versicherungspflicht auf Grund der §§ 418 und 435 a. a. O. zu bewirken ist, haben im Einzelfalle die Provinzialbehörden zu entscheiden.

Die bisherigen Bestimmungen über die Fürsorge für die in Betrieben oder im unmittelbaren Dienste des Staates gegen Entgelt voll beschäftigten Personen in Krankheitsfällen (Erlasse vom 9. April 1901 und vom 28. November 1903 HMBl. S. 40 und S. 367) treten außer Kraft.

Die zur Anweisung der nachgeordneten Behörden erforderlichen Abdrücke liegen bei. Weitere Exemplare sind im Bedarfsfalle von der Geheimen Registratur II a meines Ministeriums anzufordern.

Der in dem Erlaß erwähnte Beschluß des Königl. Staatsministeriums vom 16. Dezember 1913 hat folgenden Wortlaut:

1. Das Königliche Staatsministerium ist damit einverstanden, daß die einzelnen Herren Ressortchefs den im Bereiche ihrer Verwaltung in Betrieben oder im unmittelbaren Dienste des Staates beschäftigten Beamten, deren Diensteinkommen 2500 M. jährlich nicht übersteigt, im Krankheitsfall einen Anspruch auf Gehalt, Ruhegehalt, Wartegeld oder ähnliche Bezüge im anderthalbfachen Betrage des Krankengeldes auf die Dauer der Regelleistungen der Krankenkassen (§§ 179, 182, 183, 214 RVO.) gewährleisten.

Es bleibt vorbehalten, inwieweit diese Gewährleistung für Beamte zurückzuziehen ist, die nach den Dienstvorschriften für die Dauer der Dienstunfähigkeit das Dienst einkommen nicht fortbeziehen.

2. Auf Grund von § 169 RVO. können nicht beamtete Personen, die in Betrieben oder im unmittelbaren Dienste des Staates gegen Entgelt beschäftigt werden, durch Gewährleistung von Krankenhilfe oder von Bezügen im anderthalbfachen Betrage des Krankengeldes nach Maßgabe der erwähnten Vorschrift von der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht befreit werden. Davon soll aber von den einzelnen Verwaltungen nur in besonderen Ausnahmefällen nach Verständigung mit der Finanzverwaltung Gebrauch gemacht werden.

3. Die auf der Vereinbarung vom 10. Februar 1901 beruhende staatliche Krankenfürsorge fällt fort.

Digitized by Google

Versicherungspflichtige Beschäftigung trotz Krankheit. — Ehefrau des Portiers als mitversichert.

Urteil des **Preuß. Oberverwaltungsgerichts** vom 25. September 1913.

Der Bezirksausschuß hat die beklagte Krankenkasse schuldig erklärt, dem klagenden Ortsarmenverbande 159,50 M. nebst 4 % Zinsen vom Tage der Klagezustellung (12. April 1912) ab zu zahlen zur Erstattung der Kosten, welche dem Kläger durch die Verpflegung der Ehefrau Pl. in dem Kreiskrankenhause in der Zeit vom 14. September bis 21. Oktober 1911 und in der Königlichen Charité in der Zeit vom 28. Oktober 1911 bis zum 4. Januar 1912 erwachsen sind. Die Revision der Beklagten hatte keinen Erfolg.

Aus den Gründen:

Die Entscheidung hängt von der Beantwortung der Fragen ab, ob die Ehefrau Pl. im August oder September in die krankenversicherungspflichtige Beschäftigung als Portiersfrau in dem Hause ... eingetreten ist und ob ihr von dem den Eheleuten Pl. für ihre Tätigkeit gewährten Lohne zwei Drittel zuzurechnen sind.

Wenn der Vorderrichter auf Grund der eidlichen Zeugenaussage des Ehemanns Pl. als erwiesen angenommen hat, daß die Ehefrau Pl. nach ihrer Entlassung aus der Klinik vom 9. August bis zum 14. September 1911 die Portiersdienste versehen und insbesondere auch den Fahrstuhl bedient hat, so ist hierin ein Revisionsgrund nicht zu finden. Der Bezirksausschuß konnte die Feststellung auf Grund der eidlichen Aussage des Ehemanns Pl. treffen, mochte diese auch mit einer früheren Angabe desselben in einem gewissen Widerspruche stehen. Es bestand kein Bedenken, die eidliche Aussage als glaubwürdig anzusehen, zumal es sich bei ihr im wesentlichen um die Frage handelte, ob die Ehefrau, welches auch ihr Gesundheitszustand gewesen sein mochte, in der fraglichen Zeit ihre Arbeiten als Portiersfrau verrichtet hat, worüber in der früheren Angabe nichts gesagt war. Die Aussage stand auch mit dem ärztlichen Zeugnisse des Dr. Fl. nicht im Widerspruche. Denn in diesem ist ausgeführt, daß die Frau Pl. am Tage vor ihrer Aufnahme in das Kreiskrankenhaus, die am 14. September 1911 erfolgte, plötzlich in einen Schwächezustand gefallen war. Davon, daß sie vor Eintreten dieser Schwäche unfähig gewesen wäre, sich in der von dem Ehemanne bezeugten Weise zu betätigen, ist in dem ärztlichen Gutachten keine Rede. Die Beklagte führt aus, nach dem ärztlichen Gutachten des Dr. Fl., mit welchem die Ansicht des Dr. R., des Inhabers der Klinik, in der Frau Pl. vor dem 10. August Aufnahme gefunden, übereinstimmen, sei Frau Pl. auch in der Zeit vom 10. August bis zum 14. September erwerbsunfähig gewesen. Daran knüpft er die Behauptung, wenn eine objektiv so leidende Person in Wirklichkeit eine vom ärztlichen Standpunkt unausführbare Tätigkeit ausübe, so sei das für die Begründung des Krankenversicherungsverhältnisses ohne Belang. Diese Auffassung ist indessen rechtsirrtümlich. Denn auch eine kranke Person, eine solche, der ärztlich untersagt ist zu arbeiten, selbst eine solche, der Bettruhe verordnet ist, kann dennoch imstande sein, eine der Bestimmungen des § 1 Abs. 1 des Krankenversicherungsgesetzes entsprechende Beschäftigung aufzunehmen, auf die Gefahr, ihre Genesung oder ihr Leben zu gefährden. Nach dem Zeugnisse des Ehemanns hat die Frau Pl. ernstliche Arbeit, die dem Ehepaare vertragsmäßig gemeinsam obliegende Arbeit als Portier, geleistet, und zwar einige Wochen lang. Daß es vom 10. bis zum 25. August, an welchem Tage der Frau vom Dr. R. völlige Bettruhe verordnet worden sein soll, der Fall gewesen sein könne, gibt die Beklagte selbst von ihrem Standpunkt aus zu. Für den Vorderrichter lagen jedenfalls keine Gründe vor, anzunehmen, es habe sich bei der Ehefrau Pl. um einen mißglückten Arbeitsversuch gehandelt. Lag aber die Sache so, wie sie der Bezirksausschuß angenommen hat und nach Lage der Akten annehmen durfte, so mußte er auch die Frage der Versicherungspflicht bejahen.

Daß im vorliegenden Falle die Tätigkeit des Portiers, mit welcher die Bedienung eines Fahrstuhls verbunden ist, der Versicherungspflicht unterliegt, ist nicht bestritten und unterliegt keinen Bedenken. Die Beklagte bestreitet, daß die Ehefrau an dieser Tätigkeit vertragsmäßig und tatsächlich beteiligt gewesen sei, und meint, der den Hauseigentümern eigentlich Verpflichtete sei nur der Ehemann gewesen, die Ehefrau habe nur den Mann gewohnheitsmäßig in den leichteren Arbeiten zu unterstützen und nötigenfalls bei Krankheit oder einer Abwesenheit zu vertreten gehabt. Der Bezirksausschuß ist auf Grund der Zeugenaussage des Ehemanns zu einer anderen Auffassung gelangt; Dieser hat ausdrücklich bekundet, daß die Frau an den gesamten Portierarbeiten teilzunehmen verpflichtet war, da er vertragsmäßig das Recht hatte, anderer Beschäftigung nachzugehen und als Postaushilfsbeamter oft längere Zeit von dem Hause fern war. Dieser ohne Verfahrensmangel getroffenen in der Revisionsinstanz nicht mehr angreifbaren tatsächlichen Feststellung des Bezirksausschusses gegenüber kommt es nicht darauf an, ob, wie die Beklagte ausführt, die Bedienung des Fahrstuhls nur einen nach der Länge der darauf verwendeten Zeit kleinen Teil der Arbeit oder der Dienste des Portiers ausmacht. Dadurch, daß die Portiertätigkeit die Bedienung des Fahrstuhls mitumfaßt, ist sie im ganzen der Krankenversicherungspflicht unterworfen; es geht nicht an, die Krankenversicherungspflicht nur auf einen Teil der Arbeitsleistung, für dessen Abgrenzung es an jeder

Digitized by Google

Unterlage fehlen würde, zu beschränken. Die Versicherungspflicht wird nach den gesetzlichen Bestimmungen nicht dadurch ausgeschlossen, daß die die Versicherungspflicht bedingende auf Wochen oder Monate berechnete Beschäftigung in einem Betriebe tatsächlich im Laufe des Tages nur für kürzere Zeiträume eintritt, sondern nur dann, wenn es sich um vorübergehende Beschäftigung in dem Sinne handelt, daß jemand — etwa aushilfsweise — für einen Tag oder einige Tage in ein Dienstverhältnis eintritt oder täglich nur kurze Zeit dem Dienstherrn zur Verfügung steht, im übrigen seines eigenen Weges geht.

Endlich konnte der Vorderrichter nach den Bekundungen des Ehemanns ohne Verfahrensmangel feststellen, daß von dem für die Portierdienste gewährten Lohne zwei Drittel auf die Ehefrau fielen. Die in der Vorinstanz aufgestellte Behauptung der Beklagten, daß der Ehefrau höchstens die Hälfte des Lohnes zuzurechnen und sie daher nicht in die fünfte Lohnklasse, sondern in die sechste Lohnklasse einzubeziehen sei, war auf allgemeine Erwägungen gestützt, für die nach den Zeugenaussagen des Ehemanns kein Anhalt gegeben war. Die Behauptung der Beklagten, daß auf den Ehemann die ganze Arbeit und der ganze Lohn oder der größere Teil zu rechnen sei, ist in der Revisionsinstanz bei der beschränkten Natur des Rechtsmittels nicht mehr zu berücksichtigen.

Wenn eines von mehreren Beschäftigungsverhältnissen versicherungspflichtig ist, so kommt es nicht darauf an, ob es das überwiegende ist.

Urteil des **Bayer. Verwaltungsgerichtshofs** vom 8. Juli 1913.

Die vorwiegende Beschäftigung eines gleichzeitig in verschiedenen Betrieben desselben oder mehrerer Unternehmer beschäftigten Arbeiters ist nämlich nur dann von Belang, wenn jede dieser Beschäftigungsarbeiten die Krankenversicherung des betreffenden Arbeiters begründet und es sich sohin lediglich darum handelt, welcher von mehreren Krankenversicherungseinrichtungen der betreffende Arbeiter als zugehörig zu erachten ist (vgl. hierher u. a. die Entscheidung des Gerichtshofs vom 3. Februar 1908 und vom 19. Dezember 1910, Reger, Entsch. Bd. 28 S. 386 und Erg. Bd. 4 S. 242; Entsch. des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 5. Dezember 1907 und vom 27. Juni 1912, a. a. O. Bd. 29 S. 36 und Bd. 33 S. 82). Kommt dagegen, wie dies vorliegenden Falls (eben wegen Nichterlassung von Erstreckungsbeschlüssen) zutrifft, lediglich eine Krankenversicherungseinrichtung in Betracht, so ist die Zugehörigkeit zu dieser Krankenversicherung schon dann gegeben, wenn der betreffende Arbeiter in dem für die Krankenversicherung in Betracht kommenden Betriebe überhaupt „gegen Lohn" — in nicht ganz vorübergehender Weise — „beschäftigt" ist, d. i. wenn er in diesem Betriebe eine wirtschaftlich nicht völlig geringfügige Arbeit gegen Entlohnung leistet; ob diese Arbeit die Haupt- oder Nebenbeschäftigung der versicherten Person ausmacht und ob (in dem zweiterwähnten Falle) der Arbeiter bezüglich seiner Hauptbeschäftigung versicherungsfrei ist, ist für die Frage der Krankenversicherungspflicht des Arbeiters und dessen Kassenzugehörigkeit belanglos (vgl. hierher Samml. v. Entsch. des Gerichtsh. 15 S. 223, 20 S. 74, 26 S. 232; Hahn, KVG. 6. Aufl. S. 25; Reger-Henle, KVG. 8. Aufl. S. 18/19).

(Gldg.) **Ständige oder unständige Beschäftigung.**

Entscheidung des **Versicherungsamts Hamburg** vom 21. Mai 1913.

Im Betriebe des Beklagten sind seit längerer Zeit die Kontrolleure B., R., T. und L. tätig. Bis Mitte Juli 1912 gehörten diese Personen einer freien Hilfskasse an. Auf ihren Wunsch wurden sie vom 20. Mai 1912 zur Krankenversicherung angemeldet. Während nun der Beklagte nachträglich die Versicherungspflicht bestreitet, wird diese von den Klägern bejaht. Die Vernehmung der Kontrolleure hat ergeben, daß diese immer für einen Tag eingestellt werden und jeden Tag am Kontor des Beklagten Bescheid erhalten, ob sie am nächsten Tage sich wieder zur Arbeit einzufinden haben. Der Tagelohn gelangt meistens wöchentlich zur Auszahlung.

Der Beklagte ist Vertreter des Vereins Schleswig-Holsteinischer Getreidehändler in Hamburg. Als solcher hat er das für deren Rechnung auf dem Wasserwege hier eingehende Getreide abzunehmen. Dabei bedient er sich der Hilfe der Kontrolleure, deren Tätigkeit insbesondere darin besteht, daß sie Getreideproben entnehmen und auf richtiges Abwiegen der Ware achten. Hierzu gehören natürlich zuverlässige Arbeitskräfte. Es liegt daher im Interesse des Beklagten, sich solche Kräfte zu sichern, die sich bei dieser Tätigkeit bewährt haben. Als solche beschäftigt er dann auch seit Jahr und Tag die genannten Kontrolleure. Der Beklagte bezeichnet diese Personen als Gelegenheitsarbeiter (Unständige). Das ist jedoch nicht zutreffend. Wenn auch die Kontrolleure selbst behaupten, daß sie stets nur für einen Tag eingestellt werden und jeden Tag im Kontor darüber Bescheid erhalten, ob sie am nächsten Tage sich wieder zur Arbeit einzufinden haben, so kann doch die Bestimmung des § 1 KVG., wonach solche Personen der Versicherungspflicht nicht unterliegen, deren Beschäftigung durch die Natur ihres Gegenstandes oder im voraus durch den Arbeitsvertrag auf einen Zeitraum von weniger als eine Woche beschränkt

Digitized by Google

ist, keine Anwendung finden. Durch die Natur ihres Gegenstandes ist eine Beschäftigung nur dann auf weniger als eine Woche beschränkt, wenn die Arbeit früher als in einer Woche vollendet wird. Davon kann hier aber keine Rede sein, vielmehr ist die Tätigkeit der Kontrolleure B. und Gen. bei dem Beklagten seit längerer Zeit eine ständige. Bei dieser Sachlage ist es auch unerheblich, wenn der Arbeitsvertrag immer nur für einen Tag abgeschlossen wird. In allen Fällen, wo tatsächlich eine fortdauernde Arbeitsverbindung nach der Natur des Arbeitsverhältnisses und der Absicht der Beteiligten anzunehmen ist, ist nach feststehender Rechtsprechung eine entgegenstehende vertragliche Vereinbarung bedeutungslos. Die genannten Kontrolleure gehörten daher zur Ortskrankenkasse, als sie auf das Recht der Befreiung infolge ihrer Mitgliedschaft bei der früheren Hilfskasse Verzicht leisteten.

Beschränkung der Arbeit auf weniger als 1 Woche; Versicherungspflicht bei Bezug 60prozentiger Unfallrente. Betriebsarbeit durch mittelbare Förderung der Betriebszwecke.

Urteil des **Herzogl. Verwaltungsgerichtshofs** in **Braunschweig** vom 2. April 1913.

Die Ausführungen der angefochtenen Entscheidung sind zutreffend und durch die noch angestellten Ermittlungen insofern gestützt, als nach letzteren O. während der Arbeit für die Porzellanfabrik andere Lohnarbeit nicht verrichtete und durch den Unfall etwa vier Wochen lang krank und erwerbsunfähig wurde, mithin nach § 4 [2] b II der klägerischen Satzungen ein wöchentliches Krankengeld von 4,50 M. beanspruchen konnte. Nach dem in den Akten der Töpferei-Berufsgenossenschaft befindlichen Lohnnachweise hat O. von Montag, 24. Juni bis Sonnabend, 29. Juni, von Montag, 1. Juli bis Donnerstag, 4. Juli und von Dienstag, 16. Juli bis Sonnabend, 20. Juli 1912 an 15 Tagen 25 M. verdient; insoweit bedarf die Ausführung der angefochtenen Entscheidung der Berichtigung, da die Arbeit O.s für die Porzellanfabrik sich nicht auf die Zeit vom 2.—20. Juli beschränkte. Unterm 4. Dezember 1906 (Braunschw. Z. 54 B. 31 [2]) hat der Gerichtshof ausgeführt, eine auf weniger als eine Woche beschränkte und deshalb nach § 1 KVG. (§ 2 der klägerischen Satzung) nicht versicherungspflichtige Beschäftigung liege nur vor, wenn bei deren Beginn den Parteien — sei es auf Grund vertragsmäßiger Feststellung, sei es auf Grund der ihrer Natur nach vorübergehenden Arbeitsleistungen — das positive Bewußtsein innewohnte, daß das Verhältnis weniger als eine Woche dauern würde oder daß eine periodische Wiederkehr der Arbeitsleistung nicht in Aussicht stehe. Im vorliegenden Falle ist ein Vertrag über die zur Zerkleinerung der 15 m Holz verfügbare Zeit nicht geschlossen; auch hat die Fabrikleitung keinen Anlaß genommen, O. zur Erledigung binnen bestimmter Zeit oder eines bestimmten täglichen Arbeitspensums anzuhalten. O. war als Akkordant zwar frei in der Bestimmung der Arbeitszeit, wurde aber dadurch kein Unternehmer, weil er nicht in eigenem Namen, nicht auf eigenes Risiko, nicht mit Aussicht auf Unternehmergewinn, sondern lediglich gegen üblichen Tagelohn tätig war (Braunschw. Z. 57 B. 48 [10]). Daher gehörte er nach § 63 KVG. und § 2 der klägerischen Satzung mit dem Tage des Eintritts in die Beschäftigung kraft Gesetzes als versicherungspflichtiges Mitglied der Kl. an. Die von ihm geleistete Arbeit kam in ihrem Ergebnis den Beamten der Fabrik zugute, welche auf das zerkleinerte Holz Anspruch haben. O. war also im Betriebe, für den die klägerische Kasse errichtet ist, beschäftigt, indem die Zwecke des Betriebes mittelbar dadurch gefördert wurden, daß die Erfüllung der den Beamten gemachten Zusage freien Holzes ermöglicht wurde (Handb. der Unfallversf. 1 S. 88). Eine Mitgliedschaft O.s in der Ortskrankenkasse bei Eintritt in die Beschäftigung für die Porzellanfabrik lag nicht vor, hätte auch die Mitgliedschaft zur Kl. nicht gehindert, da nach §§ 27 und 59 KVG. die Uebernahme des Holzzerkleinerns das Ausscheiden aus der Ortskrankenkasse und den Eintritt in die klägerische Kasse nach sich zog, zumal O. vom 24. Juni bis 20. Juli andere Beschäftigung nicht übernahm, also in der Arbeitspause vom 5. bis 15. Juli nicht aus der Beschäftigung in der Fabrik ausschied und etwa zu erwägen hatte, ob er nach § 3 [2] der Satzung freiwilliges Mitglied bleiben wollte.

Die von O. übernommene und geleistete Arbeit hat ein beachtenswertes Ergebnis geliefert; es lag im Ermessen des Arbeitgebers, den 60 prozentige Unfallrente beziehenden O. mit der Arbeit zu beauftragen oder nicht; tat es der Arbeitgeber, so war die durch Verlust eines Unterschenkels gegebene Arbeitsbeeinträchtigung kein Grund, O. von der Krankenkasse auszuschließen (Braunschw. Z. 58 B. 77 [6]); nur nach § 3 a KVG., § 2 Abs. 5 der Satzung hätte ein dahingehender Antrag des O. sich begründen lassen; da derselbe nicht gestellt ist, entfällt die Ausführung der Kl. über Mitwirkung der Ortsbehörde zur Krankenversicherung des O. Unbeachtlich ist die Auffassung der Kl., O. habe aus Besorgnis der Zurückweisung von der Arbeit nicht um Aufnahme in die Kasse gebeten; O. wurde mit dem Beginn der Beschäftigung ohne weiteres Mitglied der Kl. und hatte gar nicht nötig, sich um die dem Arbeitgeber daraus nach § 15 der Satzung erwachsenden Pflichten zu bekümmern.

Digitized by Google

C. Zur Unfallversicherung.

Zur Unfallversicherung kaufmännischer Angestellter bei nichttechnischen Arbeiten.

Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamts (Großen Senats) vom 14. Juni 1913.

Die Kontoristin einer Glasbilder- und Rahmenfabrik war in der zum Fabrikbetriebe gehörigen Gürtlerwerkstätte verunglückt, während sie mit dem dort an der Drehbank arbeitenden Meister wegen der An- und Abmeldung von Arbeitern zur Krankenkasse Rücksprache nahm. Sowohl von der Berufsgenossenschaft als auch vom Schiedsgericht ist der Entschädigungsanspruch der Verletzten zurückgewiesen worden, da diese als kaufmännische Angestellte nicht zu den nach dem Gewerbeunfallversicherungsgesetze versicherten Personen gehöre. Auch der für die Verhandlung und Entscheidung zunächst zuständige Rekurssenat wollte die Klägerin als nicht versichert ansehen. Er hielt die Rückfrage in der Werkstatt für eine kaufmännische Verrichtung und verneinte die Anwendung des § 3 GUVG., weil die Klägerin hauptsächlich mit kaufmännischen Arbeiten beschäftigt gewesen sei. Der Senat glaubte aber durch eine dahingehende Entscheidung mit der Rekursentscheidung 2535 (Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1912 S. 717) in Widerspruch zu treten. Er hatte deshalb gemäß § 17 des Gesetzes, betreffend die Abänderung der Unfallversicherungsgesetze, vom 30. Juni 1900 die Verweisung an den Erweiterten Senat beschlossen.

Der nach Art. 97 Einf.Ges. z. RVO. an die Stelle des Erweiterten Senats getretene Große Senat hat den Rekurs unter folgender Begründung zurückgewiesen:

Wie nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme nicht zweifelhaft ist, gehörte die Klägerin zur Zeit des Unfalls zu den kaufmännischen Angestellten der Firma. Kaufmännische Angestellte fallen aber als solche nicht in den Kreis der nach § 1 GUVG. versicherten „Arbeiter und Betriebsbeamten". Hierzu sind nach der ständigen, vom Großen Senat als zutreffend anerkannten Rechtsübung des Reichsversicherungsamts nur diejenigen Personen zu rechnen, die im technischen Teile des Unternehmens tätig sind (zu vgl. Handbuch der Unfallversicherung 3. Aufl. Bd. 1 S. 67 Anm. 24 Abs. 4 zu § 1 GUVG.). Ein kaufmännischer Angestellter wird selbst dann nicht in die Versicherung einbezogen, wenn er in kaufmännischen, bureaumäßigen oder sonstigen, dem nichttechnischen Teile des Unternehmens dienenden Angelegenheiten die eigentliche Betriebsstätte betritt und hierbei den Gefahren des Betriebs, sei es auch mit einer gewissen Dauer und Regelmäßigkeit, ausgesetzt wird. Denn nach Wortlaut und Absicht der Unfallversicherungsgesetze wird die Versicherung der einzelnen Person nicht dadurch begründet, daß sie örtlich mit den Gefahren des an sich versicherten Betriebs in Berührung kommt, sondern lediglich dadurch, daß sie als Arbeiter oder Betriebsbeamter in dem Betriebe tätig ist. Das verkennt die Rekursentscheidung 2535, die statt der Art der unfallbringenden Verrichtung den Ort der Tätigkeit für die Versicherung entscheidend sein läßt. Nur dann würde hiernach die Klägerin, auch als sonst kaufmännische Angestellte, nach § 1 GUVG. bei der unfallbringenden Verrichtung versichert gewesen sein, wenn die Tätigkeit als solche dem betriebstechnischen Teile des Unternehmens zuzurechnen wäre. Denn Personen, die wechselweise mit versicherungspflichtigen und nicht versicherungspflichtigen Arbeiten beschäftigt werden, sind hinsichtlich des erstgenannten Teiles ihrer Tätigkeit als Arbeiter oder Betriebsbeamte im Sinne des § 1 GUVG. anzusehen und daher versichert (zu vgl. Handbuch der Unfallversicherung 3. Aufl. Bd. 1 S. 68 Anm. 24 Abs. 4 letzter Satz zu § 1 GUVG.). Dies trifft jedoch auf den vorliegenden Fall nicht zu. Die Klägerin ist verunglückt, als sie in der Gürtlerei mit dem Werkmeister über die An- und Abmeldung von Arbeitern zur Krankenkasse Rücksprache nahm. Das ist eine Tätigkeit, die der ordnungsmäßigen Durchführung des Unternehmens diente, wie die Buchhaltung, Kassenführung, Erledigung des Briefwechsels sowie ähnliche Arbeiten und schließlich jede im Interesse des Unternehmens vorgenommene Verrichtung. In den allein versicherten technischen Betrieb kann aber diese Tätigkeit ebensowenig wie die übrigen vorgenannten einbezogen werden. Sie war vielmehr eine im Bereiche der Geschäftsleitung liegende bureaumäßige und daher ihrer Natur nach unversicherte Verrichtung.

Wohl kann nach § 5 Abs. 3a GUVG. durch die Satzung den Mitgliedern der Genossenschaft die Befugnis erteilt werden, in dem Unternehmen beschäftigte, an sich unversicherte Personen, insbesondere kaufmännische Angestellte und Bureaubeamte, gegen die Folgen der bei dem Betriebe sich ereignenden Unfälle zu versichern (zu vgl. Handbuch der Unfallversicherung 3. Aufl. Bd. 1 S. 238/239 Anm. 18 und 19 zu § 5 GUVG.). Das bis zum 31. Dezember 1912 geltende Statut der Beklagten hat auch den Unternehmern eine solche Befugnis gegeben. Indes hat die Arbeitgeberin der Klägerin zu deren Gunsten von dieser Befugnis keinen Gebrauch gemacht. Mithin war die Klägerin zur Zeit des Unfalls auch nicht satzungsmäßig versichert.

Es war endlich zu prüfen, ob die Klägerin etwa gemäß § 3 GUVG. versichert gewesen ist. Dies würde der Fall sein, wenn sie überwiegend mit Arbeiten beschäftigt gewesen wäre, die dem betriebstechnischen Teile des Unternehmens dienten (zu vgl. Handbuch der Unfallversicherung 3. Aufl. Bd. 1 S. 224 Anm. 3 zu § 3 GUVG.). Die

Digitized by Google

Beweisaufnahme hat aber zweifelsfrei ergeben, daß die Klägerin hauptsächlich mit rein kaufmännischen und bureaumäßigen Arbeiten beschäftigt war. Danach kann auch § 3 GUVG. nicht zugunsten der Klägerin Anwendung finden.

Nach alledem stand die Klägerin zur Zeit des Unfalls außerhalb des Kreises der reichsgesetzlich gegen Unfall versicherten Personen.

Unfall „beim Betriebe" (a) beim Wechseln der Kleidung; b) beim Ueberschreiten von Bahngleisen).

Entscheidung des **sächs. Landesversicherungsamts** a) vom 18. Januar 1913, b) vom 7. Juni 1913.

a)

Der Vorinstanz ist darin beizustimmen, daß das Bestehen eines ernstlich gemeinten Verbotes, das Motorhäuschen zu betreten, zur Zeit des Unfalls nicht angenommen werden kann. Wesentlich für die Verneinung ist der Umstand, daß für einen zuverlässigen Verschluß desselben und das Anbringen eines ausdrücklichen Verbotes nicht gesorgt, und daß auch geduldet worden ist, daß Arbeiter Kleidungsstücke darin aufbewahrten. Dafür, daß der in erster Linie mit der Bedienung des Motors betraute Arbeiter das Häuschen unter Verschluß gehalten habe, fehlt es an Anhalt. Die Angabe des Klägers, es sei am Unfallabend offen gewesen, erscheint glaubhaft. Jedenfalls durfte der Kläger, da, wie er bemerkt hatte, auch andere Arbeiter, um sich den weiteren Weg zur gewöhnlichen Arbeitergarderobe zu ersparen, dort ihre Jacken aufhängten und da ihn sein mit der Bedienung des Motors betrauter Mitarbeiter ausdrücklich darauf hingewiesen hatte, sein Vorgänger habe seine Jacke auch im Motorhäuschen aufbewahrt, davon ausgehen, daß das auch ihm gestattet sei. Wenn ihn der Vorarbeiter E. einmal aus dem Häuschen hinausgewiesen und wiederholt vor dem Betreten verwarnt hat, so durfte er doch bei dem Mangel eines durchgeführten Verschlusses und bei der tatsächlichen Benutzung zur Ablegung der Jacken durch einzelne der Arbeiter das Verbot als ein solches ansehen, über dessen Nichtbeachtung tatsächlich hinweg gesehen wurde, soweit es sich bloß um ein Betreten zur Ablegung oder Anlegung der Jacke handelte. Konnte aber hiernach das Hineinhängen der Jacke als eine verbotene Ordnungswidrigkeit von dem Kläger nicht erachtet werden, so läßt sich auch nicht ein Aufsuchen von Betriebsteilen zu eigenwirtschaftlichen Zwecken annehmen. Die Betriebstätigkeit im Sinne des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes umfaßt auch, wie nicht bestritten ist, die Tätigkeit des körperlichen Reinigens und des Wechselns der Kleidung, soweit sie nach Arbeitsschluß an der Betriebsstätte erfolgt. Wird sie in einem Raume vorgenommen, dessen Benutzung dazu nicht ernstlich verboten ist und nicht als betriebswidrig erkannt werden muß, so ist auch der dabei vorgekommene Unfall als Betriebsunfall anzuerkennen und läßt sich nicht sagen, der Arbeiter habe Teile des Betriebes, in denen er zufolge seiner Betriebstätigkeit nichts zu suchen hatte, zu eigenwirtschaftlichen Zwecken aufgesucht.

b)

Der Weg von der Wohnung zur Betriebsstätte und umgekehrt gehört regelmäßig nicht zur Betriebstätigkeit des Arbeiters, sondern kennzeichnet sich als eigenwirtschaftliche Tätigkeit. Es genügt jedoch, wenn sich bei diesem der Arbeiter bereits oder noch im Banne des Betriebes befindet, dessen Gefahrenbereiche er unterliegt, um den auf dem Wege eingetretenen Unfall als Betriebsunfall zu kennzeichnen und zu behandeln (Jur. Wochenschr. 1910, S. 953, Nr. 38). Dabei darf jedoch ein willkürliches oder gar verbotenes Beschreiten gefahrdrohender Wege nicht schon für ausreichend erachtet werden, um den Gang von oder nach der Betriebsstätte an dem Schutze der Betriebstätigkeit teilnehmen zu lassen. Braucht der Eisenbahnarbeiter, um die Betriebsstätte zu erreichen, sich in den Gefahrenbereich des Betriebes überhaupt nicht zu begeben, so wird die Wahl eines Weges, der ihn in diesen Gefahrenbereich führt, nur ausnahmsweise, wenn besondere Interessen des Dienstes zu ihr Anlaß geben, die Bestimmungen des Unfallversicherungsgesetzes Platz greifen lassen. Liegt dagegen die Betriebsstätte mitten im Gefahrenbereiche des Betriebes derart, daß sie nur durch ein Hineintreten in diesen erreicht werden kann, so wird der Gang zu ihr, soweit er in diesen Bereich fällt, ohne weiteres mit von dem Schutzgesetze ergriffen. Stellt die Bahnverwaltung ihren Arbeitern einen Weg anheim, der über ein oder auch über das eine oder das andere Gleis hinwegführt, so ist zuzugeben, daß dies es noch nicht rechtfertigen würde, daß der Arbeiter aus irgendwelchen persönlichen Gründen seinen Weg mitten durch die gefährdende Anlage, etwa durch ein ganzes Gleisnetz in der Erwägung nimmt, daß ja auch auf dem zugewiesenen Wege ein Unfall infolge der Betriebsgefahren eintreten könne. Ein Arbeiter, der so, bloß um abzuschneiden, einen Weg wählt, von dem er wegen der auf ihm bestehenden größeren Gefährdung weiß oder doch voraussetzen muß, daß ihn die Betriebsleitung nicht erlaubt, handelt allerdings nicht im Interesse des Betriebes, sondern nimmt damit eine diesem zuwiderlaufende und deshalb eigenwirtschaftliche Tätigkeit vor. Wenn jedoch tatsächlich der gefährlichere Weg allgemein von den Arbeitern gebraucht, wird, ohne daß die Betriebsleitung einschreitet,

Digitized by Google

wird er voraussetzen dürfen, daß diese kein Gewicht darauf legt, daß der eine Zugang den Arbeiter den Betriebsgefahren in höherem Umfange aussetzt als der andere. Es handelt sich dann um mehrere Zugänge zur Arbeitsstätte, von denen jeder bereits unter dem Gefahrenbereiche des Betriebes liegt, ohne daß jedoch der eine als durch die Interessen des Betriebes verboten erkennbar wäre. Der Arbeiter, der hier auf dem einen oder dem anderen von einem mit den Betriebsgefahren in Zusammenhang stehenden Unfalle betroffen wird, hat Anspruch auf Unfallentschädigung nach den Unfallversicherungsgesetzen. Dabei kann es aber nicht einfach auf die Tatsache ankommen, ob in Ansehung der Benutzung eines anderen als des allgemeinen Zuganges ein Verbot von der Betriebsleitung erlassen und bekanntgegeben worden ist, sondern ob dasselbe allgemein beachtet wird. Die Betriebsleitung hat die Verpflichtung, durch geeignete Ueberwachung und sonstige Maßnahmen die Durchführung ihrer Gebote und Verbote durchzusetzen. Geschieht dies, wie im vorliegenden Falle nicht, und ist die Angabe des Klägers zutreffend, daß trotz des Verbotes, über die Gleise nach der Arbeitsstätte zu gehen, die Bahnarbeiter allgemein der Kürze halber diesen Weg einschlagen, ohne daß ihnen dabei entgegengetreten wird, soweit ihre Wohnungen überhaupt entsprechend gelegen sind, so durfte er, wie jeder andere an derselben Betriebsstätte beschäftigte Eisenbahnarbeiter, davon ausgehen, daß tatsächlich seine Vorgesetzten nichts dagegen einzuwenden hatten und das Verbot außer Uebung gekommen war (s. Entsch. des Reichsgerichts Bd. 1 S. 48, Bd. 4 S. 27). Tat er, was seine Arbeitskameraden allgemein taten, so läßt sich das Einschlagen des Weges über die Schienen zwecks Erreichung der Betriebsstätte als eine betriebswidrige, aus dem Betriebe herausfallende oder richtiger in diesen nicht hineinfallende Maßnahme nicht kennzeichnen, vielmehr war dann das Verlangen auf Unfallrente begründet, da der sachgemäße Gang zur Arbeitsstätte bereits in den Bereich der Betriebsgefahr fiel und diese sich auch während desselben verwirklichte. Darauf, ob der Kläger schuldhaft handelte oder nicht, kommt bei der Frage nach dem Vorliegen eines Betriebsunfalles an sich nichts an. Da nun außerdem der von ihm genommene Zugangsweg zu seiner Arbeitsstätte, wenn er von ihm sowohl wie seinen Arbeitsgenossen als gestattet angesehen werden durfte, auch als ein objektiv sachgemäßer zu erachten war, so war dem auf diesem Wege eingetretenen Unfalle der Charakter des Betriebsunfalles auch nicht deshalb abzusprechen, weil ihn der Kläger unter Außerachtlassung der gebotenen Vorsicht gewählt hat.

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Wiederverwendung von Invalidenversicherungsmarken unter Aenderung der Entwertungsvermerke.
Urt. des **Reichsgerichts**, 4. Strafsen., v. 7. Nov. 1913.

Der Angeklagte hatte in die Quittungskarte eines seiner Arbeiter Marken eingeklebt, die er aus anderen Quittungskarten entnommen hatte, die also bereits einmal verwendet waren, und um die frühere Verwendung zu verdecken, die auf den Marken befindlichen Entwertungsvermerke der jetzigen nochmaligen Verwendung entsprechend abgeändert. Das Landgericht hat den Angeklagten aus § 1496 und 1497 RVO. unter Annahme mildernder Umstände zu sechs Wochen Gefängnis verurteilt, weil es annahm, daß er durch dieselbe Handlung 1. wissentlich bereits verwendete Versicherungsmarken wieder verwendet, 2. Marken verfälscht habe, um sie als echte zu verwenden. Auf Revision des Angeklagten hob das Reichsgericht das Urteil auf. **Gründe:**

Zwar sind die Voraussetzungen des § 1497 RVO. rechtlich bedenkenfrei festgestellt, allein unhaltbar ist die Annahme, daß in der vorsätzlichen Veränderung der auf den eingeklebten Marken befindlichen Entwertungsvermerke ein Verfälschen der Marken im Sinne des § 1496 RVO. enthalten sei. Unter der Verfälschung einer Versicherungsmarke im Sinne des zuletzt erwähnten Strafgesetzes kann nur eine Abänderung der Merkmale der (echten) Marke selbst verstanden werden. Die Aenderung des auf einer Marke befindlichen Entwertungsvermerkes läßt aber diese unberührt und verwandelt die echte Marke nicht in eine falsche. Nur wenn man den Entwertungsvermerk als Teil der Marke ansehen wollte, könnte seine Veränderung als Verfälschung der letzteren ins Auge gefaßt werden. Allein die Entwertung der Marken, die durch § 1431 RVO. in Verbindung mit der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 10. November 1911 (RGBl. S. 937) vorgeschrieben ist, macht lediglich die erfolgte Verwendung der Marken äußerlich erkennbar. Sie entzieht den Marken weder ihre Echtheit noch ändert sie an den wesentlichen Merkmalen derselben irgend etwas; der Entwertungsvermerk wird kein Teil der Marke, und es entsteht nicht etwa ein von dieser verschiedener Begriff der „entwerteten Marke". Eine „Verfälschung" könnte deshalb nur bezüglich des Entwertungsvermerkes allein in Frage kommen. Aber auch insoweit liegt hier ein besonderer Straftatbestand nicht vor. Denn der Begriff des (unzulässigen zweiten) Verwendens

Digitized by Google

einer Versicherungsmarke im Sinne des § 1497 a. a. O. umfaßt alle diejenigen Handlungen, welche bei der Wiederverwendung von schon einmal verwendeten Marken zur Herstellung des Scheins ordnungsmäßiger Verwendung notwendig sind. Wird, um die nochmalige Verwendung der bereits mit dem Entwertungsvermerke versehenen Marken ins Werk zu setzen, dieser Vermerk beseitigt oder verändert (verfälscht), so geht dieses Beseitigen oder Verändern in dem Tatbestande des Vergehens der unzulässigen Wiederverwendung auf.

Anmerkung: Die „Deutsche Juristen-Zeitung" (1914 Nr. 1 Sp. 100), der wir diese Entscheidung entnehmen, bemerkt zu der aufgehobenen Entscheidung des Landgerichts zutreffend: Aus welcher Strafvorschrift die Strafe geschöpft worden ist, geht aus den Urteilsgründen nicht klar hervor. Wäre der vom Gericht eingenommene Standpunkt überhaupt zu billigen, so hätte gemäß § 73 StGB. die Strafe dem § 1496 RVO. entnommen werden müssen. Dieser aber kennt keine mildernde Umstände. Nur § 1497 sieht solche vor und ordnet für sie an, daß „auf Geldstrafe bis zu 300 M. oder Haft erkannt werden darf". Daraus folgt, daß beim Vorhandensein mildernder Umstände die hier ausgesprochene Gefängnisstrafe von sechs Wochen oder jede andere Gefängnisstrafe unzulässig ist. Denn nach dem Wortlaut des § 1497 a. a. O. darf in diesem Falle nur auf die in Satz 2 angegebenen Strafen erkannt werden. Für den Tatbestand des § 1497 RVO. ist deshalb regelmäßig (also abgesehen z. B. von der gleichzeitigen Anwendung der §§ 49 oder 57 StGB.) eine geringere Gefängnisstrafe als drei Monate ausgeschlossen (Entsch. in Strafs. Bd. 46 S. 354).

Kein Ruhen der Rente trotz längeren Kuraufenthalts im Auslande.

Revisionsentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 21. Juni 1913.

Der Kläger erkrankte am 24. Dezember 1910 an Lungenblutung. Er suchte zunächst in einer deutschen Lungenheilstätte Heilung und begab sich sodann am 1. September 1911 nach Davos. Am 8. November 1911 beantragte der Vater des Klägers für seinen Sohn die Festsetzung der Krankenrente vom 24. Juni 1911 ab. Im Laufe des Verfahrens erklärte der Vater, daß sein Sohn mindestens noch bis zum Oktober 1912 in Davos bleiben müsse. Mit Rücksicht auf diese Angabe nahm der Vorstand der Beklagten an, daß der Kläger den gewöhnlichen Aufenthalt im Inland verloren habe und wies den Anspruch unter Bezugnahme auf den § 1313 Nr. 1 RVO. (§ 48 Abs. 1 Nr. 4 IVG.) mit dem Bemerken ab, daß das Ruhen der Rente nach den angezogenen gesetzlichen Vorschriften auch die Personen treffe, die lediglich aus Gesundheitsrücksichten ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Auslande nehmen.

Im Laufe des Revisionsverfahrens hat der Vater des Klägers mitgeteilt, daß sein Sohn am 26. April 1913 wieder nach Magdeburg zurückgekehrt sei und voraussichtlich in absehbarer Zeit seine Beschäftigung teilweise werde aufnehmen können.

Die Vorentscheidungen beruhen jedenfalls insofern auf der unrichtigen Anwendung des bestehenden Rechtes, als der Kläger mit seinem Rentenanspruche nicht abgewiesen werden durfte. Unzweifelhaft war er zu der Zeit, als die Vorentscheidungen ergingen, invalide. Die Vorinstanzen mußten daher, wenn sie der Meinung waren, daß der Kläger durch die Reise nach Davos seinen gewöhnlichen Aufenthalt im Inland aufgegeben habe, die Rente festsetzen und zugleich für ruhend erklären. Denn sie soll, wenn die Voraussetzungen für das Ruhen wegfallen, alsbald in Wirksamkeit treten (zu vgl. Revisionsentsch. 1571 Amtl. Nachr. 1911 S. 518). Demgemäß waren die Vorentscheidungen aufzuheben (§ 116 Abs. 3 Nr. 1 IVG., Art. 85, 94 Einf.Ges. z. RVO). Zugleich war die Sache an den Vorstand der Beklagten zurückzuverweisen. Dieser wird bei seiner anderweiten Entscheidung folgendes zu beachten haben.

Allerdings spricht die Revisionsentscheidung 1183 (Amtl. Nachr. 1905 S. 279) aus, daß das Ruhen der Rente nach § 48 Abs. 1 Nr. 4 auch die Personen treffe, die lediglich aus Gesundheitsrücksichten ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Auslande nehmen. Maßgebend für diese Entscheidung war, daß der Wortlaut des Gesetzes auf die Beweggründe, die den Rentenberechtigten zur Wahl seines Aufenthaltsortes bestimmen, keine Rücksicht nimmt. Im Sinne jener Entscheidung hat die Rente in jedem Falle, aber auch nur dann zu ruhen, wenn nach den Umständen des Einzelfalles angenommen werden kann, daß der gewöhnliche Aufenthalt im Inland aufgegeben ist. Die Rente ruht daher nicht, wenn der Aufenthalt im Auslande die Natur eines von vornherein nur für absehbare Zeit gewollten Ausnahmezustandes hat. Die Absicht der Rückkehr binnen angemessener Frist muß von Anfang an bestanden haben und auch dauernd festgehalten sein (zu vgl. Revisionsentsch. 1080 Amtl. Nachr. 1903 S. 547). Diese Rechtsgedanken fortbildend hat eine Revisionsentsch. v. 24. April 1906 (Prozeßliste 4966/1905) die Fortdauer des gewönlichen Aufenthalts im Inlande angenommen bei einem Versicherungsbeamten, der sich mehrere Jahre zur Heilung eines fieberhaften Bronchialkatarrhs in Arosa aufhielt, von seiner Arbeitgeberin zunächst auf Wartegeld gesetzt und später mit der Aussicht auf Wiederanstellung pensioniert worden war und nach seiner glaubhaften Angabe die Steuern an seinem bisherigen deutschen Wohnort bezahlte. In einem anderen Falle (Revisionsentsch. v. 4. Mai 1908 Prozeßliste 5430/07) wurde darauf entscheidendes Gewicht gelegt, daß dem Kläger seine frühere, jahrelang innegehabte Stellung noch offen stand, daß er in Davos als Kurgast gemeldet war und Kurtaxe bezahlte und daß er von seinem Eigentume nur die notwendigsten Kleidungsstücke mit nach Davos genommen habe. Anders wäre nach Ansicht des damals erkennenden Senats die Sachlage zu beurteilen gewesen, wenn der

Digitized by Google

Kläger in Davos eine Stellung angenommen hätte. Endlich hat eine Revisionsentsch. v. 29. Dezember 1908 (Prozeßliste 2948/08) mit dem Schiedsgericht das Ruhen der Rente mißbilligt bei einer auf ein bis zwei Jahre bemessenen Reise nach Amerika. „Der bisher hervorgetretene Zweck dieser Reise — so führt diese Entscheidung aus — ist nicht die Begründung eines neuen Mittelpunktes der wirtschaftlichen und sonstigen Lebensbeziehungen des Klägers, sondern lediglich ein verwandtschaftlicher Besuch zur Kräftigung der Gesundheit." Auch in der Revisionsentscheidung 1253 (Amtl. Nachr. 1906 S. 286) war bereits ein Besuch des Rentenberechtigten bei Verwandten in Tsingtau, der sich auf mindestens zwei Jahre erstrecken sollte, als ein von vornherein nur für absehbare Zeit gewollter Ausnahmezustand erklärt worden.

Angesichts dieser den Interessen der Versicherten entgegenkommenden Auslegung, die § 48 Abs. 1 Nr. 4 IVG. in den letzten Jahren gefunden hat, erscheint es nicht angängig, im vorliegenden Falle anzunehmen, daß der Kläger seinen gewöhnlichen Aufenthalt im Inland aufgegeben oder daß er sich — wie § 1313 Nr. 1 RVO. sagt — gewöhnlich im Ausland aufgehalten hat. Vor der unteren Verwaltungsbehörde hat der Vater des Klägers am 23. November 1911 erklärt, sein Sohn wohne bei ihm, er halte sich nur vorübergehend zur Herstellung seiner Gesundheit in Davos auf. Dieser Aufenthalt zog sich allerdings länger hin, als man ursprünglich erwartete. Immerhin hatte Dr. K. in seinem Gutachten v. 8. November 1911 eine Besserung nach ein bis zwei Jahren in Aussicht gestellt. Tatsächlich ist der Aufenthalt des Klägers nur bis in den April 1913 erforderlich gewesen. Der Vater des Klägers hat ferner betont, daß die Sachen seines Sohnes in der väterlichen Wohnung seien. Der Kläger hat also offenbar, wie dies bei einer Erholungsreise zu geschehen pflegt, nur die notwendigsten Kleidungsstücke mit nach Davos genommen. Er ist auch nach der glaubhaften Angabe seines Vaters polizeilich nicht abgemeldet und er soll nach Wiedererlangung seiner Erwerbsfähigkeit bei der Firma . . . . wieder eingestellt werden. Nach alledem hat die Rente des Klägers wegen des vom 1. September 1911 bis zum 26. April 1913 währenden Aufenthalts in Davos nicht zu ruhen. Für die Zeit vom Beginn der Erkrankung (24. Dezember 1910) oder — wenn nur vorübergehende Invalidität anzunehmen ist — Beginn der 27. Woche nach jenem Tage bis Ende August 1911 hätte übrigens der Vorstand der Beklagten unter keinen Umständen die Rente versagen dürfen.

Bei dieser Sachlage kann dahingestellt bleiben, ob etwa aus dem Worte „freiwillig" in § 1313 Nr. 1 RVO. zu folgern ist, daß der durch Gesundheitsrücksichten bedingte Aufenthalt im Auslande nicht als freiwillig gelten könne und daß daher in Fällen dieser Art die Rente ohne Rücksicht auf die Dauer des Aufenthalts im Ausland und die sonstigen Umstände zu zahlen sei. Diese Ansicht wird zwar in den Kommentaren von Hanow-Lehmann (Anm. 5 zu § 1313) und Weymann (Anm. 2 zu § 1313) unter Berufung auf die Entstehungsgeschichte des Gesetzes vertreten (zu vgl. dagegen Moesle-Rabeling Anm. 18 zu § 615). Richtig ist, daß im § 1301 des Entwurfs einer Reichsversicherungsordnung der Satz enthalten war: „Die Rente ruht, solange sich der Berechtigte gewöhnlich im Ausland aufhält, es sei denn, daß er es seiner Gesundheit wegen tut." Dieser Vorbehalt zugunsten der Gesundheitsrücksichten ist indessen im Laufe der Kommissionsberatungen gestrichen worden. Dabei wies ein Vertreter der verbündeten Regierungen darauf hin, wie gerade beim Aufenthalt von Versicherten in ausländischen klimatischen Kurorten die bisherige Praxis des Reichsversicherungsamts den Zeitraum, der noch als vorübergehender Aufenthalt im Auslande gelten könne, sehr entgegenkommend bemessen habe, und erklärte im Hinblick darauf einen besonderen Vorbehalt zugunsten des Fortbezugs der Rente in solchen Fällen nicht für nötig (zu vgl. KommBer. 3. Teil S. 71/72). Diese Bemerkung bezieht sich allerdings zunächst auf den § 632 Nr. 3 des Entwurfs in der Fassung der zweiten Lesung der Kommission (a. a. O. S. 88/89). Sie trifft jedoch auch sinngemäß auf den § 1301 des Entwurfs zu (a. a. O. S. 72 unten). Das Wort „freiwillig" aber ist, wie KommBer. 4. Teil S. 128 ergibt, in diesen Paragraphen mit Rücksicht auf eine ähnliche Bestimmung im Zweiten Buch eingeschaltet worden. Dort hatte man nämlich zu § 228 des Entwurfs, der von dem Ruhen der Krankenhilfe handelt, einen Zusatz — § 216 Abs. 1 Nr. 2 des Ges. — beschlossen, der ebenfalls das Wort „freiwillig" enthält und — wie die Verhandlungen (KommBer. 2. Teil S. 108 ff.) ergeben — verhüten soll, daß Ausländer, die aus anderen Gründen als wegen einer strafgerichtlichen Verurteilung das Reichsgebiet verlassen müssen, ihrer Ansprüche gegen die Krankenkasse verlustig gehen. Es hat hiernach den Anschein, daß auch nur derartige Fälle von dem Worte „freiwillig" im § 1313 Nr. 1 RVO. getroffen werden sollen (zu vgl. Düttmann, Anmerkung 6 zu § 1313 RVO. Doch kann diese Frage hier, wie gesagt, dahingestellt bleiben.

Digitized by Google

E. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätze zu den §§ 1, 2, 14, 51, 54, 152, 201, 394 und 398 AVG. aus der Uebung der Reichsversicherungsanstalt.

(„Angestelltenversicherung" 1913 S. 265.)

Zu § 1.

1. Katastergehilfen, die unter anderem Eigentumsveränderungslisten führen und Auszüge anfertigen, sind versicherungspflichtig im Sinne des Versicherungsgesetzes für Angestellte. I 32 895/13.)

2. Totengräber sind im allgemeinen nicht versicherungspflichtig, auch wenn sie die Grabregister zu führen haben. (I 36 790/13.)

Zu § 2.

Mankogelder, die in bestimmter Höhe gezahlt werden, sind voll als Entgelt im Sinne des Versicherungsgesetzes für Angestellte anzusehen, da sie eine Gehaltserhöhung mit Rücksicht auf das besondere Risiko darstellen. (I 23 095/13.)

Zu § 14.

Unter „öffentlichen" Verbänden usw. im Sinne des § 14 Abs. 1 und 2 sind nicht nur solche des Inlandes zu verstehen. Insbesondere sind ausländische Staaten Körperschaften im Sinne jener Vorschrift. (I 28 157/13.)

Zu §§ 51, 54.

Die Versicherungskarten der Angestelltenversicherung werden nicht etwa wie die Quittungskarten der Invalidenversicherung aufgerechnet. Vielmehr werden gemäß § 51 AVG. die dort genannten Zeiten nur als Beitragsmonate „im Sinne der §§ 15, 49" gerechnet, d. h. also, soweit von ihrer Anrechnung die Berechtigung zur freiwilligen Fortsetzung der Versicherung oder die Aufrechterhaltung der Anwartschaft abhängt.

Eine Eintragung dieser Ersatzzeiten in die Versicherungskarte findet nicht statt; es muß dem Versicherten überlassen bleiben, die in § 54 a. a. O. genannten Ausweispapiere aufzubewahren, bis im Einzelfall die Notwendigkeit an ihn herantritt, diesen Nachweis zu führen. (I 48 344/13.)

Zu § 152.

Die Worte des § 152 Abs. 2 AVG. „Solange und soweit keine Wahl zustandekommt" finden nicht allein auf eine gerade fällige Wahl Anwendung, sondern ebenfalls auf eine künftige Wahl, die aus rechtlichen Gründen erst nach Beendigung einer augenblicklich laufenden Wahlzeit zustandekommen kann. Das gilt insbesondere dann, wenn § 150 AVG. sowie die Wahlordnung für die Vertrauensmännerwahlen vom 3. Juli 1912 nicht mehr ausreichen, die Erhaltung der einem Wahlbezirke zustehenden Vertrauensmännerzahl bis zum Ablaufe der Wahlzeit sicherzustellen. (I b G 100.)

Zu § 201.

Die Verwendung von Marken durch freiwillig Versicherte ist nicht zugelassen. § 201 AVG., der gemäß § 394 a. a. O. auf die freiwillige Versicherung anwendbar ist, bestimmt, daß den freiwillig Versicherten eine Empfangsbestätigung der Reichsversicherungsanstalt und bis zu deren Eingang der Postschein als Quittung dient. (I 35 221/13.)

Zu § 394.

Neben Pflichtversicherung nach § 1 AVG. ist freiwillige Versicherung nach § 394 Abs. 2. a. a. O. unzulässig. (I 43 897/13.)

Zu § 398.

Von der für Abkürzung der Wartezeit im Bezuge der vollen gesetzlichen Leistungen eingezahlten Prämienreserve wird in den Fällen des § 398 ein Teil zurückerstattet, der

bei Pflichtversicherten gleich der halben Summe,
bei freiwillig nach § 394 Abs. 1 Versicherten gleich drei Vierteln

sämtlicher für die Abkürzungsjahre in Anrechnung gebrachter Monatsbeiträge derjenigen Gehaltsklasse ist, in der die Abkürzung erfolgte. (Vgl. Grundsatz I 7022. 12/II 7952. 13 AVN S. 180.) (I 44 741/13.)

Der Entwurf des Voranschlags der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte auf das Jahr 1914

ist den Mitgliedern des Verwaltungsrats der Reichsversicherungsanstalt, dem die Festsetzung des Voranschlags gesetzlich obliegt, vom Präsidenten des Direktoriums zugestellt worden. Der Entwurf balanciert in Einnahme und Ausgabe mit je 150 000 500 M.

Die Haupteinnahme aus Beiträgen ist mit Rücksicht darauf, daß die Erfassung aller versicherungspflichtigen Personen nur allmählich durchführbar erscheint, um 5 Mill. M. geringer angesetzt worden, als für 1913 bereits erwartet wurde; danach stehen im Jahre 1914 aus Beiträgen 145 Mill. M. in Aussicht. Der monatliche Eingang an Beiträgen betrug im Oktober 12 Mill. M. Etwa ein Sechstel der versicherungspflichtigen Personen muß gegenwärtig als noch nicht erfaßt gelten. Verglichen mit dem Erfolg der Invalidenversicherung zu Anfang der neunziger Jahre ist dieses Ergebnis binnen kaum Jahresfrist allerdings sehr günstig zu nennen. Eine bedeutende Einnahme mit voraussichtlich einer Million dürften im Geschäftsjahre 1913 die besonderen Beiträge für Abkürzung der Wartezeit ergeben. Auch für 1914 ist daher dieser Einnahmeposten mit einer halben Million angesetzt worden gegen 50 000 M. des Voranschlags für 1913. Sodann werden die Zinsen 1914 zum ersten Male voll in die Erscheinung treten, insofern als das Beitragsergebnis eines ganzen Jahres zur Verzinsung gelangt und dadurch der Reichsversicherungsanstalt die Berechnung der durchschnittlichen Verzinsbarkeit ihrer Anlagen möglich gemacht wird. Mit 8,87 Mill. für

Digitized by Google

1914 gegen 2,40 Mill. im Jahre 1913 wird ein Mehr an Zinsen von beinahe $6\frac{1}{2}$ Mill. erwartet.

Die Ausgabenseite weist zunächst rund 287000 M. erforderliche Nachbewilligungen für 1913 auf, darunter eine nachträgliche Erhöhung der Abschreibungen von 23 000 auf 53 000 M. Ueber den hiernach für 1913 zu erwartenden Verbrauch hinaus ergibt der Voranschlag einen Mehrbedarf von rund 600 000 M., von denen reichlich zwei Drittel im wesentlichen aus der endgültigen Anstellung und ganzjährigen Bezahlung der im Jahre 1913 angestellten mittleren Beamten zu erklären sind; um weitere 17000 M. sind die Abschreibungen erhöht; 30 000 M. werden erstmalig angefordert für die Versendung von Kontenauszügen, durch welche Arbeitgeber und Versicherte jährlich in den Stand gesetzt werden sollen, sämtliche früheren Einzahlungen für jeden Versicherten nachzuprüfen. Um 77 000 M. erhöhte Zuwendungen sollen die in Ortsausschüsse zusammengeschlossenen Vertrauensmänner erhalten. Der Rest verteilt sich auf eine Reihe kleinerer Posten. Nachgefordert werden schließlich noch für die künftig fortfallende Position „Kosten der ersten Einrichtung" des letzjährigen Voranschlages 90 000 M.

An Minderausgaben weist der Voranschlag 61 000 M. nach; hinzu kommen 400 000 M. Minderung an der Position Heilverfahren, für die regelmäßig 8 % die Beiträge bestimmt sind und somit entsprechend der diesmal geringer veranschlagten Beitragseinnahme der vorerwähnte Betrag gekürzt werden kann. In Anbetracht des Umstandes, daß die umfassende Durchführung des Heilverfahrens nur allmählich vor sich geht, wird diese Position einen erheblichen Nichtverbrauch aus 1913 ergeben. Ebenso sicher ist aber die überaus starke Inanspruchnahme gerade dieses Ausgabepostens in den nächsten Jahren, der Ueberschuß aus 1913 soll daher ganz als Rücklage für die Heilfürsorge zurückgestellt werden.

Die gesamten Verwaltungskosten der Angestelltenversicherung betragen laut Voranschlag 1,893 % der Beitragseinnahme und 1,781 % der Gesamteinnahme. Die Reichsversicherungsanstalt hofft, daß die Beitragseinnahme in Verbindung mit dem allmählichen Fortfalle zahlreicher Uebergangsgeschäfte die Einhaltung einer Verwaltungskostengrenze von 2 % der Beiträge für absehbare Zeit sicherstellt. Im Vergleich zur Arbeiterversicherung wäre das gewiß als hervorragend billig zu bezeichnen. Manche Schwierigkeiten bringt noch die Gewöhnung der Arbeitgeber an klare und regelmäßige Mitteilungen über ihre für die Beiträge maßgebenden Personalverhältnisse und Personalveränderungen. Trotz dieser und ähnlicher Uebergangsschwierigkeiten und trotz des zeitweilig unübersehbaren Geschäftsandranges haben sämtliche Abteilungen der Reichsversicherungsanstalt sich bereits im ersten, demnächst ablaufenden Geschäftsjahre dem Gange der Geschäfte in einem Maße gewachsen gezeigt, wie es von einer solchen in wenigen Monaten betriebsfertig herzustellenden Riesenanstalt bei einigermaßen sachlicher Beurteilung verlangt werden kann. Insbesondere der ungewöhnlich große Geldeingang, der sich in dem kurzen Zeitabstande von einem Monat zum anderen regelmäßig wiederholt, wurde von Anfang an ohne Stockungen bewältigt. Nach allem ist anzunehmen, daß die letzten Nachwirkungen anfänglicher Ueberlastung des Betriebes schon im kommenden Haushaltungsjahre der Reichsversicherungsanstalt ganz verschwinden werden.

F. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Vorzeitige Vernichtung der Stimmzettel.

Entscheidung des **Badischen Verwaltungsgerichtshofs** vom 7. Oktober 1913.

Zur Entscheidung auf eine Wahlanfechtung, die behauptet, das Wahlgeheimnis sei durch Kennzeichnung von Stimmzetteln verletzt worden, ist die Nachprüfung der Stimmzettel unentbehrlich. Diese ist aber unmöglich gemacht, wenn die Stimmzettel der Vorschrift in § 16 Abs. 1 Gemeindewahlordg. zuwider unmittelbar nach der Wahlhandlung vernichtet worden sind. Der Verstoß gegen § 16 Abs. 1 Gemeindewahlordg. hat also das Wahlergebnis ungewiß, nicht mehr feststellbar gemacht und deshalb die Ungültigkeit der Wahl zur Folge.

Anmerkung: Die Entscheidung betrifft Gemeindewahlen, wird aber für Wahlen nach der Reichsversicherungsordnung gleichfalls gelten müssen. Vgl. § 22 der Musterwahlordnung für Berufsgenossenschaften und § 22 der Musterwahlordnung für Ortskrankenkassen, wo übereinstimmend Aufbewahrung der Stimmzettel und der Akten über die Feststellung des Wahlergebnisses bis zum Ablauf der Wahlzeit vorgeschrieben ist.

Der Akkordant als Arbeitgeber statt des mittellosen Bauherrn.

Urteil des **Gewerbegerichts Charlottenburg** vom 8. Juli 1913.

Der Kläger war, wie er behauptet, beim Beklagten vom 26. Mai bis 10. Juli 1913 als Maurer mit einem Stundenlohn von 85 Pf. beschäftigt. An Lohn sei ihm der Beklagte für 34 Stunden 28,90 M. und für Warten auf den Lohn an Wartezeit für 20 Stunden gleich 17 M. schuldig geblieben. Der Beklagte bestreitet, Arbeitgeber des Beklagten gewesen zu sein. Der Architekt R. habe für einen Herrn St. Bauarbeiten für 326 M. übernommen. R. habe sich mit ihm in Verbindung gesetzt und ihm die Bauarbeit im Akkord übertragen. Da R. nicht die Mittel dazu gehabt habe, die Baumaterialien und Werkzeuge vorzuhalten, habe er das erforderliche Holz für den Bau gekauft und die Arbeitslöhne auch dem Kläger, anstatt R. für die erste Woche bezahlt.

Am Ende der zweiten Arbeitswoche habe er zu dem Kläger gesagt: „Kinder, ihr bekommt euer Geld!" Er habe aber damit eine Schuldverpflichtung für sich nicht erklären wollen. R. habe in dem Bau eine Wohnung von St. für seine Arbeit im Mietswerte von 126 M. für das Jahr überwiesen erhalten. R. habe ihm eine Zession für seine Forderung und einen Wechsel gegeben. Der Wechsel sei aber bisher noch nicht eingelöst worden. Wenn der Wechsel eingelöst werde, wolle er auch den Lohn dem Kläger für seine Arbeit zahlen.

Aus den Gründen.

Der Beklagte wird vom Kläger in der Klage-

Digitized by Google

schrift selbst als Zimmermann und nicht als Zimmermeister bezeichnet. Unstreitig hat den Kläger als Arbeiter der Architekt R. angenommen und auch von St. die Ausführung der Bauarbeiten übertragen erhalten. Der Beklagte hat nur als sogenannter Akkordant von R. die Ausführung der Arbeit, die dieser von St. übertragen erhalten, übernommen. Gleichwohl ist vorliegend der Beklagte als Arbeitgeber des Klägers anzusehen. Maßgebend für diese Entscheidung ist, daß der Beklagte vom Beginn der Ausführung der Arbeit an, infolge der Mittellosigkeit des Architekten R., die für den Bau erforderlichen Materialien aus eigenen Mitteln angeschafft und für die erste Arbeitswoche dem Kläger sowie den anderen Arbeitern den Lohn für R. gezahlt hat. Auch zur Zahlung des noch streitigen Restlohnes hat Kläger sich allerdings unter der Bedingung, daß der von dem Bauherrn ihm übergebene Wechsel eingelöst werde, verpflichtet. Wenn auch zunächst R. der Arbeitgeber des Klägers sein wollte, in Wirklichkeit ist es der Beklagte gewesen. Der Beklagte hat zudem noch für seine Arbeit Unternehmergewinn erhalten, was durch Hingabe und Annahme eines Wechsels und einer Zession von dem Bauherrn erwiesen ist. Alle diese Tatsachen zusammengenommen beweisen, daß infolge der Mittellosigkeit des ursprünglichen Bauherrn R. der Beklagte Unternehmer des Baues für St. und Arbeitgeber des Klägers geworden ist. Als solcher ist er auch schuldig, dem Kläger den der Höhe nach unbestrittenen Restlohn für seine Arbeit zu zahlen (vgl. Anleitung über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung versicherten Personen Nr. 13).

(Reichs-Arbeitsblatt.)

Sprechsaal.

Zum Ausschluß freiwillig Versicherter aus Krankenkassen wegen Einkommens über 4000 M.

In Nr. 35 v. 11. Dezember 1913 haben wir (S. 836) von dem Flugblatt des Deutschen Werkmeisterverbandes über diese Frage Kenntnis gegeben. Der Verband hat, wie uns mitgeteilt wird, mit Bezug auf seine Stellungnahme in dieser Frage eine Zuschrift erhalten in der es heißt:

> „Sie sind der Meinung, daß es sehr ungerecht wäre, wenn jemand, dessen Einkommen mehr als 4000 M. beträgt, jetzt aus seiner Krankenkasse, der er vielleicht schon 30 Jahre angehört hat, austreten soll. Der Unbeteiligte beurteilt das m. E. anders. Er sagt sich nämlich, daß der Betreffende während der 30 jährigen Versicherung die Gegenleistung für seine Beiträge bereits erhalten hat, nämlich teils durch die tatsächlichen Leistungen der Krankenkasse, teils dadurch, daß ihm die Kasse 30 Jahre lang das Risiko abgenommen hat. Andererseits ist unzweifelhaft, daß ein Krankenkassenmitglied, daß erst nach dem 1. Januar 1914 im Gehalt auf über 4000 M. steigt, die Versicherungsberechtigung verliert. Und da sollte es gerecht sein, daß jemand der am 1. Jan. 1914 bereits 10 000 M. und mehr Gehalt hat, noch bis an sein Ende die Versicherungsberechtigung behält?" — —

Wir bemerken hierzu: Das Beispiel am Schlusse ist recht kraß gewählt und beweist nichts, weil es zuviel beweisen möchte. Wer sich eines so üppigen Einkommens erfreut, wird sich der Regel nach kaum weiterversichern oder, wenn er es tut, sich einen Hausarzt leisten und der Kasse nicht sehr zur Last fallen. Das Interesse der Ärzte, das doch bestimmend für die Gesetzesvorschrift war, wird in solchen Fällen meist ausscheiden. Wenn die Kasse gelegentlich Krankengeld zu zahlen hat, so ist sie nicht benachteiligt, da sie, um das Argument der Zuschrift in der folgerichtigen Umkehrung zu verwenden, in den Beiträgen, „während der 30 jährigen Versicherung" die Gegenleistung erhalten hat und sie weiter erhält. Es ist aber zu beachten, daß die Beiträge auch die Gegenleistung für die Sterbegeldversicherung enthielten und daß dem Versicherten insofern durch den Ausschluß aus der Kasse eine wohlerworbene Anwartschaft ohne Schadloshaltung für seine Aufwendungen genommen wird. Es ist also nicht richtig, daß er die volle Gegenleistung für seine Beiträge „bereits erhalten hat". Dies und der Ausschluß von der Krankenversicherung überhaupt trifft aber die Beteiligten besonders schwer, nicht in den seltenen, praktisch vielleicht nie vorkommenden, jedenfalls aber bedeutungslosen Fällen, auf welche der Schluß der Zuschrift hinweist, sondern in den zahlreichen Fällen, auf die das ganze praktische Interesse in dieser Frage sich konzentriert, nämlich wenn das Einkommen die Grenze von 4000 M. nur um ein geringes überschreitet und überdies der Lebensbedarf, z. B. wegen großer Familie, ein verhältnismäßig großer ist. Daß derjenige, der diese Einkommensgrenze erst vom 1. Januar 1914 ab überschreitet, sich den Ausschluß gefallen lassen muß, daran ist nichts zu ändern, da der Tatbestand, an den das neue Gesetz den Verlust der Versicherungsberechtigung knüpft, sich eben unter der Herrschaft dieses Gesetzes vollendet. Wenn aber dieser Tatbestand sich bereits vor dem Inkrafttreten des neuen Rechts vollendet hatte und damals nicht die Wirkung äußern konnte, daß die Versicherungsberechtigung wegfiel, so nimmt der Versicherte diese Berechtigung als ein wohlerworbenes Recht auch in die Zeit nach dem Inkrafttreten des neuen Gesetzes hinüber, da kein hinreichend wichtiger Grund ersichtlich ist, weshalb diesem Gesetze eine das Recht vernichtende Rückwirkung beigelegt werden müßte oder dürfte.

Digitized by Google

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Uebergangsschmerzen bei der Krankenversicherung.

(Dienstboten. — Hausgewerbtreibende.)

Ein Mitarbeiter des „Berliner Tageblatts" hat anläßlich der vielen Beschwerden über die ungleichmäßige Handhabung der Vorschriften über die Dienstbotenversicherung den Direktor des Oberversicherungsamts Groß-Berlin, Oberregierungsrat v. Gostkowski, befragt, der sich dahin äußerte, daß in kurzer Zeit sich alles von selbst regeln werde, und folgendes bemerkte:

„Bekanntlich kann die Befreiung unter bestimmten Voraussetzungen eintreten. Diese basieren darauf, daß der Arbeitgeber so leistungsfähig ist, daß er für seine Dienstboten alle die Leistungen übernehmen kann, die sonst der Dienstbote von der Kasse beansprucht. Ich persönlich bin nun der Meinung, daß es im öffentlichen Wohle liegt, nicht zu geringe Ansprüche an die Höhe der Leistungsfähigkeit zu stellen. Das Publikum ist sich vielfach über die Höhe der Kosten, die in dem Falle, daß ein Dienstbote erkrankt, eintreten können, nicht im klaren. Bei dem erweiterten Krankenschutz können diese Kosten unter Umständen die Höhe von 1000 M. in einem einzigen Falle erreichen. 1000 M. aber wird z. B. auch ein gutsituierter Beamter, der etwa 5000 M. Einkommen hat, nur schwer bezahlen können. Ob sich ein solcher Mann, der ein Befreiungsgesuch einreicht, des vollen Risikos, das er eingeht, bewußt ist, scheint wohl zweifelhaft. Die Kassen waren natürlich dem Ansturm der Befreiungsgesuche nicht gewachsen und haben daher verschiedene Formen der Gesuchserledigungen gewählt. Eine Kasse des Bezirks z. B. hat formularmäßig und schematisch alle Gesuche abgelehnt. Das ist natürlich falsch gehandelt und vom Oberversicherungsamt mißbilligt worden. Es sind einige dieser abweisenden Bescheide bereits aufgehoben und zur anderweitigen Prüfung zurückgewiesen worden. Solche Beschwerden sind aber nur über die Schöneberger Kasse eingelaufen. Sonst ist die Zahl der Beschwerden sogar auffallend gering und zum großen Teil darauf zurückzuführen, daß die Beschwerdeführer die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen nicht kennen. Bei der Berliner Ortskrankenkasse sind bisher nach einer oberflächlichen Schätzung 15000 Befreiungsgesuche eingereicht worden. Die konnten selbstverständlich nicht alle genau geprüft werden. Die Berliner Kasse hat daher den Ausweg gewählt, daß sie vorläufig alle Gesuche bewilligte, sich aber in dem Vertrage, der nur für ein Jahr gilt, vorbehielt, diese Verträge noch nachträglich prüfen zu können. Dann werden wahrscheinlich viele zurückgewiesen werden. Diese Unsicherheit wird aber nicht lange dauern. Das Oberversicherungsamt hat bisher prinzipiell keine Stellung zu dieser Sache genommen. Doch wird eine einheitliche Regelung sehr bald von selbst kommen. Die erste grundsätzliche Entscheidung, die durch die Aufrollung des ersten Rechtsstreites herbeigeführt werden wird, wird natürlich für alle Kassen bindend sein. Sie wird nicht lange auf sich warten lassen. Die sämtlichen Kassen sind angewiesen worden, bei der Durchführung der Dienstbotenversicherung so viel als nur irgend möglich entgegenkommend zu sein und es ist von den Kassen auch das möglichste geschehen. Für spätere Zeit ist eine weitere Erleichterung der Anmeldung in der Art in Aussicht genommen, daß bei der polizeilichen Anmeldung einfach ein viertes Exemplar, das dann der Kasse übersandt wird, ausgefüllt wird.

Daß es bei einzelnen Kassen wie bei der Berliner Kasse an Zahltagen zu unliebsamen Szenen kommt, liegt in der Zentralisation der Kassen und ist zum Teil Schuld der Bevölkerung, die die Merkblätter nicht genau liest. Selbstverständlich müssen die „Kinderkrankheiten" wie bei jeder neuen Organisation überwunden werden. Eine Kasse wie die Berliner die von 80000 Mitgliedern plötzlich auf 400000 anschwillt, muß anfangs Schwierigkeiten überwinden, um so mehr, als auch nicht sofort das geschulte Beamtenpersonal zu beschaffen war. Doch auch diese Schwierigkeiten werden in kurzer Zeit überwunden werden. Der Reichskanzler hat am 20. Dezember ganz genaue Uebergangsbestimmungen für die hausgewerbliche Krankenversicherung erlassen, und in einem weiteren Erlasse mitgeteilt, daß Mustersatzungen ausgearbeitet werden, die sich hauptsächlich mit der Versicherungspflicht der Hausgewerbtreibenden befassen, und dann wird eine weitere große Schwierigkeit bei der Erledigung der Geschäfte beseitigt sein.

Die Abschätzung der Erwerbsunfähigkeit.

Unter dieser Ueberschrift bringt die „Soziale Praxis" (vom 1. Januar 1914) folgende Bemerkungen von F. Liedtke in Marburg:

Wer in der Praxis mit den Festsetzungen des Grades der Erwerbsfähigkeit bei Unfall- oder Invalidensachen zu tun hat, dem fallen die Mängel bei der Ermittlung des Grades der Erwerbsfähigkeit auf. Wie vollzieht sich heute diese Abschätzung? Der Verletzte oder Invalide geht zum Arzt, und dieser stellt nach seinen Tabellen die Prozente der Erwerbsfähigkeit fest. Ein Auge macht x v. H. erwerbsunfähig usw. Man mag es bestreiten, aber es ist tatsächlich der Fall, daß oft rein schematisch von den Aerzten nach ihren Tabellen der Grad der Erwerbsfähigkeit in Prozenten festgesetzt wird, ohne daß von den Versicherungsorganen oder Aerzten vorher durch Vernehmung von Sachverständigen und Zeugen aus den einzelnen Berufen festgestellt wird, ob auch nach den Verhältnissen, Gewohnheiten des Berufes noch in solchem Grade die Erwerbsfähigkeit vorhanden ist. Tatsächlich ist oft das nicht der Fall. Den meisten Klagen in der Praxis begegnet man deshalb, weil die Verletzten sagen, der Arzt habe sie nur zu x v. H. für erwerbsunfähig gehalten, tatsächlich seien sie es in höherem Grade. Sie könnten nach den Verhältnissen gar nichts mehr verdienen. Jeder weiß ferner, daß die Praxis der Spruchorgane vielfach ohne weiteres den Festsetzungen der Aerzte als unbedingt maßgebend folgt. Zwar hat das Reichsversicherungsamt schon wiederholt entschieden, daß die Spruchorgane nicht an die ärztlichen Gutachten gebunden sind. Sie können Zeugen und Sachverständige vernehmen, ob tatsächlich nach den Verhältnissen in höherem oder niedrigerem Grade die Erwerbsunfähigkeit besteht (A. N. d. RVA. 1909, S. 497 ff.). Es ist aber leider Praxis, dies nicht zu tun, ebenso die ärztlichen Gutachten unbedingt für entscheidend zu halten.

Dies ist um so bedenklicher, weil die meisten Aerzte bisher in sozialer Medizin nicht unterrichtet wurden und die Verhältnisse nicht kennen und nicht kennen können, die bei den einzelnen Verletzten und Berufen in Betracht kommen. Bekanntlich will ja die Unterrichtsverwaltung erst jetzt auf der Universität die Aerzte in die soziale Medizin einführen lassen. Ein Steinklopfer z. B., dem etwas in das eine Auge gekommen ist, kann völlig erwerbsunfähig werden, weil er mit dem andern nicht genau genug mehr sieht. Die Verhältnisse liegen bei

Digitized by Google

den einzelnen Arbeiten ganz verschieden, selbst wenn die Verletzung die gleiche ist. Außerdem lehnen bekanntlich die meisten Aerzte Gutachten ab.

Es ist daher dringend nötig, daß in der eingehendsten Weise der Grad der Arbeitsunfähigkeit untersucht wird, daß genau hierüber Zeugen und Sachverständige vernommen werden, die die sozialen und beruflichen wie die volkswirtschaftlichen Arbeits- und Erwerbsverhältnisse der einzelnen Personen genau kennen. Daher ist es notwendig, daß alle diese Fragen, die bei gleicher Verletzung ganz verschieden sein können, genau von den Spruchbehörden festgestellt werden. Es ist ein Unding, wenn diese Festsetzungen rein schematisch nach den Prozentzahlen der ärztlichen Tabellen erfolgen, ohne Individualisierung, weil eben die Aerzte den mannigfachen Verhältnissen fernstehen.

Bekämpfung der Arbeitslosigkeit.

In diesen Tagen, da nach einigen Jahren günstiger geschäftlicher Entwicklung eine gewisse rückläufige Bewegung eingesetzt hat — man ist sich noch nicht einig, ob es sich um einen vorübergehenden Rückschlag oder bereits um den Umschwung der Konjunktur handelt, den manche erst für das nächste Jahr erwarteten — steht das Wort „Arbeitslosigkeit" wieder einmal im Mittelpunkte der Erörterungen. Von der einen Seite wird die Vorhersage einer größeren winterlichen Arbeitslosigkeit dazu benutzt, den Ruf nach Arbeitslosenversicherung oder Geldunterstützung der Arbeitslosen zu erheben. Es sind vor allem die Gewerkschaften sozialdemokratischer Richtung, welche an Reich, Staat und Gemeinde die Forderung stellen, Zuschüsse zu den von ihnen gewährten Arbeitslosenunterstützungen zu leisten. Auf der anderen Seite ist man, ganz abgesehen von gewichtigen Bedenken politischer und sozialpolitischer Art gegen diese Form der Lösung (?) des schwierigen Problems der Arbeitslosenversicherung, der Ansicht, daß es wichtiger wäre, die Arbeitslosigkeit selbst zu bekämpfen, als für die Schäden aufzukommen, die sie anrichtet. Man verweist dabei einmal auf die Möglichkeit, öffentliche Arbeiten auf Zeiten der Arbeitslosigkeit zu verschieben, vor allem aber auf die Tatsache, daß es immer noch eine Unmenge von volkswirtschaftlich unnötiger Arbeitslosigkeit gibt, die sich durch bessere Organisierung des noch sehr mangelhaft und teilweise überhaupt noch nicht organisierten Arbeitsmarkts beseitigen ließe.

Wieviel auf diesem Gebiet auch in Deutschland noch zu tun ist, wo der öffentliche Arbeitsnachweis bisher die stärkste Entwicklung erfahren hat — neuerdings hat England auf dem Wege der Gesetzgebung die deutsche, bis jetzt fast ganz der Selbstverwaltung überlassene Organisation mit Riesenschritten eingeholt — darüber belehrt uns ein Bericht, der auf der Genter Hauptversammlung der Internationalen Vereinigung zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit im September d. J. auf Grund eines reichhaltigen Materials von deutscher Seite erstattet worden ist, und den das Oktoberheft des „Reichs-Arbeitsblatts" wörtlich wiedergibt. Der Bericht stellt fest, daß in fast allen Ländern die Organisation des Arbeitsnachweises noch ein Bild großer Lückenhaftigkeit und starker Zersplitterung zeigt. Neben den öffentlichen und gemeinnützigen Arbeitsnachweisen stehen die Facharbeitsnachweise der Arbeitgeber und Arbeitnehmer, und in Ermangelung einer zielbewußten Führung von einheitlicher Stelle arbeiten sie neben- oder durcheinander. Es fehlt daher an wirklichem Ausgleich von Angebot und Nachfrage zwischen verschiedenen Orten, namentlich zwischen Stadt und Land. Hierzu bedürfe es eines organischen Aufbaues von Orts-, Bezirks- und Landesarbeitsnachweisen, welche die Arbeitsvermittlung ohne Nebenzwecke, also mit unbedingter Unparteilichkeit, betreiben, und denen öffentlich-rechtlicher Charakter, behördliche Befugnisse und Vergünstigungen bei den öffentlichen Verkehrsmitteln zu verleihen wären. Auch die Geschäftsführung erfordere einheitliche Grundsätze, namentlich zum Zwecke der Herbeiführung einer wirklich vergleichbaren und die Uebersicht über den Arbeitsmarkt ermöglichenden Statistik. Das ganze Arbeitsnachweiswesen sei der staatlichen Aufsicht zu unterstellen. Zur Durchführung einer solchen systematischen Organisierung des Arbeitsnachweises, die für weitere Maßregeln auf dem Gebiete der Bekämpfung der Arbeitslosigkeit und ihrer Folgen unerläßliche Voraussetzung sei, bedürfe es der Mitwirkung der staatlichen Verwaltung und Gesetzgebung.

Literarisches.

Reichsversicherungsordnung. Erstes, fünftes und sechstes Buch: Gemeinsame Vorschriften usw. Von Regierungsrat Dr. Lippmann und Geheimen Regierungsräten Siefart und Prof. Dr. Laß. 687 Seiten. Preis 6 M. Drittes Buch: Unfallversicherung. Von Senatspräsident Radike. 1002 Seiten. Preis 8 M. — Berlin 1913 bei J. Guttentag.

Die Art dieser Guttentagschen „Textausgaben mit Anmerkungen und Sachregister" ist hinreichend bekannt und bewährt. Es sind handliche, gut ausgestattete, übersichtlich gestaltete Gesetzesausgaben kleinen Formats mit knappen, verständlich gefaßten Erläuterungen auf Grund der Gesetzesmaterialien und der Rechtsprechung. Die beiden vorliegenden Bände sind Teile der unter Mitwirkung des Wirklichen Geheimen Rats Dr. Caspar und des Geheimen Oberregierungsrats Spielhagen erscheinenden Gesamtausgabe der Reichsversicherungsordnung. Der erste Band enthält eine kurze rechtsgeschichtliche Einleitung. Beide Bände bringen, außer den von ihnen behandelten Büchern der RVO., den vollständigen Text des Einführungsgesetzes mit Erläuterungen der auf das betreffende Gebiet bezüglichen Vorschriften, ferner die wichtigsten Ausführungsvorschriften und je ein sehr ausführliches alphabetisches Sachregister als ein gutes Hilfsmittel, sich in dem reichen Stoffe schnell und sicher zurechtzufinden.

Umlage und Kapitaldeckung. Von Maximilian Marcus, Verwaltungsdirektor der Norddeutschen Textil-Berufsgenossenschaft. Berlin 1913, W. Moeser Buchhandlung. 416 S. Preis 11 M.

Das Buch enthält in seinen Untersuchungen zur Frage der Rücklagen der gewerblichen Berufsgenossenschaften das wichtigste grundlegende Material für die in naher Zeit zu erwartenden Erörterungen des Reichstags über diese Frage (zu vgl. Art. 63 EinfGes. zur RVO.). Im Reichsamt des Innern haben schon im Mai 1912 Besprechungen der Angelegenheit zwischen Vertretern des Reichsamts, der Bundesregierungen, Mitgliedern des Reichstags und Vertretern der Berufsgenossenschaften stattgefunden. Der Verfasser hat an diesen Besprechungen teilgenommen und führt in dem vorliegenden Buche den damals vorbehaltenen eingehenden Beweis für seine

Digitized by Google

Auffassung, daß der im ersten Unfallversicherungsgesetze betretene Weg des Umlageverfahrens nicht nur die Kräfte der Gegenwart und der näheren Zukunft über Erwarten schone, sondern auch für die fernere und fernste Zukunft, solange unsere Industrie noch nicht am Ende ihrer Entwicklungsfähigkeit angekommen sei, statt der Mehrbelastung eine Minderbelastung gegenüber dem Kapitaldeckungsverfahren verbürge. — Das Buch betrifft sonach das volkswirtschaftlich so außerordentlich wichtige Problem, die Leistungsfähigkeit der Versicherungsträger sicherzustellen, ohne durch unwirtschaftliche Vermögensanhäufung viele Millionen Mark dem Erwerbsleben zu entziehen und brachzulegen. Wir zweifeln nicht, daß die rechnerischen Darlegungen und sachlichen Ausführungen des Verfassers die verdiente Beachtung finden werden.

Soziale Medizin. Von Privatdozent Dr. med. Walter Ewald. Zweiter Band. Berlin 1914 bei Julius Springer. 702 S. Preis: 26 M., geb. 28,50 M.

Als „ein Lehrbuch für Ärzte, Studierende, Medizinal- und Verwaltungsbeamte, Sozialpolitiker und Kommunen" bezeichnet sich dieser inhaltreiche Band. Und in der Tat werden Ärzte, Juristen und Verwaltungspraktiker jeden Grades aus der Fülle des hier dargebotenen Stoffes reiche Anregung und Belehrung schöpfen. Die Entwicklung und die gesetzlichen Grundlagen der sozialen Versicherung, die Krankheitserscheinungen und ihre sozialrechtliche Bedeutung, besondere Erscheinungen auf diesem Gebiete (Simulation, Dissimulation, traumatische Neurose, Rentenhysterie), die Stellung des Arztes in der sozialen Versicherung, die Leistungen in den verschiedenen Versicherungszweigen, endlich besondere Maßnahmen und Einrichtungen zum gesundheitlichen Schutze innerhalb und außerhalb der Reichsversicherungsordnung werden, unter Beibringung reichen Materials und der wichtigsten Literaturnachweise, in anschaulicher, klarer Form dargestellt, wobei immer die medizinischen, juristischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkte Berücksichtigung und Würdigung finden. In der Arztfrage vertritt der Verfasser den Standpunkt der großen Mehrheit seiner Berufsgenossen mit vornehmer Sachlichkeit, die auch der anerkennen muß, der seine Auffassung nicht teilt. Das Buch kann allen Interessenten angelegentlich empfohlen werden.

Die Kassen- und Buchführung der Krankenkassen. Von Rechnungsrat R. Mattcke. Berlin 1914 bei A. W. Hayn's Erben (Kurt Gerber). 62 S. Preis geb. 1,80 M.

Das Buch bringt die Bekanntmachung vom 9. Oktober 1913, betr. die Bundesratsbestimmungen über Art und Form der Rechnungsführung der Krankenkassen, und im Anschluß an die einzelnen Paragraphen klar gehaltene Erläuterungen nebst Formularen und Mustern. Die Erläuterungen weisen auf die in Betracht kommenden gesetzlichen Vorschriften hin und gründen sich im übrigen auf praktische Erfahrungen und Erwägungen. Das gut ausgestattete Büchlein wird für die Kassenbeamten gewiß ein willkommenes und nützliches Hilfsmittel sein.

Der Arbeitskampf der englischen Eisenbahner im Jahre 1911. Von Dr. phil. Charlotte Leubuscher. München und Leipzig 1913 bei Duncker u. Humblot. 117 S. Preis 3 M.

Die Arbeit — Heft 174 der von Schmoller und Sering herausgegebenen Staats- und sozialwissenschaftlichen Forschungen — beruht auf Material, das die Verfasserin bei wiederholtem längeren Aufenthalt zu Studienzwecken in England und Schottland gesammelt hat. Sie versteht, dies Material zu sichten, zu verwerten und fesselnd vorzutragen. Der Darstellung des Arbeitskampfes von 1911 in eine allgemeine Erörterung der in den jüngsten Kämpfen der englischen Arbeiterschaft hervortretenden Entwicklungstendenzen vorausgeschickt, deren Bedeutung für das soziale und wirtschaftliche Leben dann durch die genaue Betrachtung des besonderen Falles von 1911 um so schärfer hervortritt. Das Ergebnis ist die Feststellung, daß das klassische Land der Gewerkvereine und Einigungskammern sich keineswegs einem Zustande sozialen Friedens nähere, sondern sich im Gegenteil in einer neuen Periode schroffster Klassengegensätze und schwerer sozialer Kämpfe befinde.

Die Aufgaben der Versicherungsämter von H. von Frankenberg. Frankfurt a. M. 1912 bei Dr. Eduard Schnapper. Preis 1 M.

Eine übersichtlich eingeteilte, klare Darlegung des großen Aufgabenbereichs der neuen Aemter, unter Sonderung der verwaltenden und der rechtsprechenden Tätigkeit in jedem der drei Versicherungszweige.

Moderne Versicherungsprobleme von Dr. A. Manes. Berlin 1915 bei Leonhard Simeon Nachf. Preis 2,80 M.

Auch dies Büchlein ist aus Vorträgen und Aufsätzen hervorgegangen. Es wendet sich nicht nur an Fachleute, sondern an ein weiteres Publikum und bringt demgemäß in lebendiger Sprache mancherlei allgemein Interessantes, auch manches, was Widerspruch herausfordert, aber eben deshalb nicht minder interessant ist; so z. B. wenngleich im Anfang die Verbreitung der Versicherung in einem Lande als Gradmesser für seine Kultur hingestellt wird. Es ist bekannt, daß man gleiches auch vom Seifenverbrauch sagt. Sollte nicht, hier wie dort, etwas — Schaumschlägerei im Spiele sein.

Die Deutsche Volksversicherung, ihre Gründung und Bedeutung. Von Franz Behrens, M. d. R. Berlin 1914, Vaterländische Verlags- u. Kunstanstalt. Preis 80 Pf., in Partien billiger.

Wir haben im Jahrg. 1913 S. 261, 401, 522 über Volksversicherung überhaupt und besonders S. 522 über die hier in Rede stehende „Deutsche Volksversicherung A. G." berichtet. Die vorliegende Darstellung verfolgt mit Geschick den Zweck, Verdächtigungen dieser Gründung abzuwehren, Mißverständnisse zu beseitigen und das Vertrauen zu dem Unternehmen zu festigen und zu stärken.

Das Recht der Krankenkassenangestellten nach der Reichsversicherungsordnung. Von Dr. jur. Karl Dahmen. Berlin 1913 bei Dr. Walther Rothschild. Preis 6 M.

Der Verfasser hat viel Fleiß an die Behandlung einer nicht eben sehr klaren und einfachen Retchsmaterie verwendet; und da er den praktischen Verhältnissen, um die es sich dabei handelt, offenbar ganz unerfahren gegenübersteht, so fehlt es in dem Buche nicht an bedenklichen Mißverständnissen.

Die Reichsarbeitslosenversicherung. Von Dr. Karl Kumpmann. Tübingen 1913, Verlag von J. C. B. Mohr. Preis 3 M.

Auf dem verhältnismäßig engen Raume (150 Seiten) gibt der Verfasser eine umsichtige, klare, zusammenfassende, alle Seiten des Problems berücksichtigende Darstellung. Er geht vom Wesen und der wirtschaftlichen Bedeutung der Arbeitslosigkeit aus, erörtert die anderweitigen Mittel ihrer Bekämpfung, behandelt die bisherigen Versuche und

Digitized by Google

Ergebnisse der Arbeitslosenversicherung, kennzeichnet das Wesen des Problems, die praktische Ausgestaltung, die Lösung für die nächste Zukunft, und schließt daran den Nachweis der Notwendigkeit einer Reichsarbeitslosenversicherung. Ueberzeugt, doch ohne blinde Voreingenommenheit, würdigt der Verfasser gewissenhaft auch die Einwände, die in wirtschaftlicher, politischer und ethischer Hinsicht erhoben werden können, und gelangt zu dem Ergebnis, daß die Arbeitslosenversicherung in das System unserer Reichsversicherung, in das fest umrissene Programm unserer sozialen Reichsarbeit gehört. Trete zur bisherigen Versicherung gegen Krankheit, Unfall, Invalidität und (in engen Grenzen) Tod noch die Versicherung gegen die Arbeitslosigkeit, so sei der Kreis geschlossen. — Die Schrift ist sehr beachtenswert. Sie unterrichtet in würdiger Weise über das ernste Problem, das, wie der Verfasser mit Recht bemerkt, trotz aller Widerstände nicht wieder von der Tagesordnung verschwinden wird.

Das Prozeßverfahren vor den Versicherungsbehörden. Von Oberregierungsrat Dr. von Pfuhlstein. Frankfurt a. M. 1913, Verlag von Dr. Eduard Schnapper. Preis 1,20 M.

Die als Heft 16 der „Krankenkassen-Bibliothek" erschienene handliche Schrift (93 Seiten) bringt in knapper und doch klarer Sprache eine systematische Darstellung auf Grund der Reichsversicherungsordnung und auf Grund der Kaiserlichen Verordnung über das Verfahren. Diese Form der Zusammenfassung und Ordnung eines im Gesetz und den Verordnungen zerstreuten Stoffs ermöglicht ein besseres Verständnis der Zusammenhänge und auch eine schnellere Orientierung. Dem letzteren Zwecke wird auch das Inhaltsverzeichnis und das alphabetische Register dienen. Das beigefügte Verzeichnis sämtlicher Versicherungsbehörden im Reich ist eine willkommene Zugabe. Das Buch ist den Praktikern zur Anschaffung zu empfehlen.

Erste Hilfe bei Unfällen. Herausgegeben von der Westdeutschen Binnenschiffahrts-Berufsgenossenschaft. Duisburg 1913, Kommissionsverlag von Irmscher & Frings. Einzelpreis 40 Pf. (bei großen Auflagen Ermäßigung bis auf 4 Pf.).

Eine praktische, illustrierte Anleitung, die unter Mitwirkung ärztlicher und berufsgenossenschaftlicher Fachmänner von Medizinalrat Dr. Gasters in Mülheim (Ruhr) und den Verwaltungsdirektoren Dr. Stein in Duisburg und Lohmann in Köln bearbeitet worden zur Massenverbreitung bestimmt und recht geeignet ist. Es ist daran gedacht, daß das Heftchen namentlich von den Berufsgenossenschaften auf ihre Kosten jedem Versicherten als Eigentum überlassen, auch von der Familie gelesen und beachtet werden soll. Gewiß ein verständiger und löblicher Zweck, da die kleine Schrift ihre sachgemäßen Anweisungen zur Leistung der ersten Hilfe in der schlichtesten, faßlichsten Form darbietet.

Wie erlangt man die Leistungen der Krankenversicherung nach der Reichsversicherungsordnung? Von Landesrat F. Appelius. Oldenburg 1913, bei Ad. Littmann. Preis 40 Pf., in größeren Mengen billiger.

Das Heft bringt auf 32 Seiten in gedrängter gemeinverständlicher Form sachgemäße Belehrung über die Voraussetzungen der Krankenversicherung und der verschiedenen Leistungen, über die Zuständigkeit der verschiedenen Kassen, die Besonderheiten für einzelne Berufszweige und über die Geltendmachung der Ansprüche bei Streit.

Arzneiverordnung bei den württembergischen Krankenkassen. Dritte Auflage, bearbeitet von den Dr. Dr. Reuß und Krauß unter Mitwirkung von Vertretern der beteiligten Verbände. Zu beziehen von Verwaltungsdirektor Gamer in Stuttgart. Preis 1,20 M.

Das Büchlein enthält auf 94 Seiten nicht nur für Württemberg maßgebende Anweisungen, sondern darüber hinaus zahlreiche für jeden Arzt und für die Krankenkassen wichtige Ratschläge über die zu verordnenden Arzneimittel und die zweckmäßige Aufschreibung der Mengen, eine Liste teurer Arzneimittel, eine Zusammenstellung diätetischer Präparate, Tabellen zur Dosierung für Erwachsene und Kinder, Verzeichnisse der wertgeschätzten Präparate mit ihren wissenschaftlichen Bezeichnungen und der verbotenen Spezialpräparate nebst der dafür empfohlenen Ersatzmittel usw. usw.

Das Verhältnis der Krankenversicherung zur Unfallversicherung in der Reichsversicherungsordnung. Von Landesversicherungsassessor Seelmann (Altenburg bei Stephan Geibel, Preis 1,80 M).

Die maßgebenden Vorschriften finden sich teils im 3. teils im 5. Buche der Reichsversicherungsordnung. Der an sich verwickelte Stoff ist infolge dessen im Gesetze nichts weniger als übersichtlich behandelt. Deshalb ist es verdienstlich, daß der Verfasser in seinem handlichen Büchlein eine zusammenfassende, im wesentlichen an den im Geibelschen Verlag erschienenen Kommentar zur Reichsversicherungsordnung angelehnte Darstellung gibt. An eine kurze Einleitung schließt sich zunächst der Abdruck aller in Betracht kommenden Paragraphen des Gesetzes und dann, in zweckmäßiger systematischer Gliederung, eine klar gefaßte Wiedergabe und Erläuterung des Gesetzesinhalts.

Gemeindesozialismus und Arbeitgeber. Von Dr. Zahnbrecher, Geschäftsführer des Verbandes Bayer. Metall-Industrieller. Berlin 1913 bei Otto Elsner. Pr. 1 M.

Eine ausführliche Darlegung der Betätigung der einzelnen Parteien in den Stadtparlamenten und ein nachdrücklicher Hinweis auf die „Gefährlichkeit des Gemeindesozialismus", mit der Aufforderung an die Arbeitgeber, sich zu örtlichen Kartellen zusammenzuschließen und diese wieder in Landeskartelle zusammenzufassen, um gegenüber den Gewerkschaftskartellen eine systematische, planmäßige und einheitliche Behandlung aller gemeindlichen Arbeitgeberfragen und aller örtlichen Arbeiter- und Lohnbewegungen sicherzustellen. Also eine Kampfschrift, die wohl allzu grauslich macht, wenn sie am Schlusse die Arbeitgeber ermahnt, zu rüsten, „um nicht das traurige (türkische) Schauspiel darzubieten, daß sie kampflos, mutlos ohne weiteres sich vom Arbeitenhmertum niederzwingen lassen."

Aerztliche Merkblätter über berufliche Vergiftungen. Aufgestellt von der Konferenz der Fabrikärzte der deutschen chemischen Großindustrie. Berlin 1913 bei Julius Springer. Preis 1,80 M.

Die Veröffentlichung dieser Merkblätter ist in letzter Linie durch § 547 RVO. veranlaßt, der den Bundesrat zur Ausdehnung der Unfallversicherung auf bestimmte gewerbliche Berufskrankheiten ermächtigt. In einem Geleitwort wird bemerkt, daß die chemische Industrie eine solche Erstreckung auf „wirkliche" Berufserkrankungen als prinzipiell berechtigt ansieht, aber auch die großen Schwierigkeiten der praktischen Durchführung nicht verkennt. In dieser Richtung wollen die Merkblätter mithelfen. Sie sind für die Aerzte bestimmt und wollen die Diagnosenstellung und außerdem die Sammlung statistischen Materials fördern. Zwei Merkblätter wenden sich auch mit Belehrungen an die Arbeiter. Zur Veranschaulichung dienen sechs Textfiguren und zwei farbige Tafeln. Ein gut ausgestattetes und gewiß sehr nützliches Heft.

Digitized by Google

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und deutlich zu schreiben.

Im Wanderbetriebe beschäftigter Hanssohn. — Ersatzmänner und Stellvertreter. — Versicherungsfreiheit nach § 169. — Beschäftigungsort; Aenderung der Kassenzugehörigkeit infolge der neuen Vorschriften über den Beschäftigungsort.

1. Nach Hameln. Antwort: a) Die Frage, ob ein von einem Gewerbtreibenden beschäftigter Hanssohn, der Wohnung, Kost und Taschengeld empfängt, krankenversicherungspflichtig ist, ist für das Wandergewerbe nicht anders zu beurteilen, als für ein stehendes Gewerbe. Es kommt auf die näheren Umstände an: ob anzunehmen ist, daß der Sohn nur seiner rechtlichen und sittlichen Pflicht zur Unterstützung des Vaters (vgl. § 1617 BGB.) und der Vater nur seiner Unterhaltspflicht genügt, oder ob der Sohn Dienste, die er sonst außerhalb verwerten könnte, gegen Zusicherung entsprechender Vorteile dem Vater widmet. Nur im letzteren Falle ist ein entgeltliches, versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis anzunehmen. Näheres bei Hahn, Handb. der Krankenverf. S. 151 Anm. 4. Ueber einen Fall, wo ein versicherungspflichtiges Lehrverhältnis zwischen Vater und Sohn angenommen wurde: Arb.-Versorgg. 1910 S. 320.

b) Ersatzmänner haben nach § 19 der Wahlordnung nur dann einzutreten, wenn Gewählte ausscheiden. Bei nur vorübergehender Behinderung können sie als Stellvertreter nur dann eintreten, wenn die Satzung eine entsprechende Bestimmung enthält. Das Gesetz bestimmt zwar, daß für die Mitglieder der Kassenorgane Stellvertreter in der erforderlichen Zahl zu bestellen sind (§ 10 RVO.); aber es sagt nicht, das die Ersatzmänner ohne weiteres auch als Stellvertreter gelten.

c) Werden Ausschußmitglieder in den Vorstand gewählt, so scheiden sie kraft Gesetzes aus dem Ausschuß aus (§ 327); also müssen Ersatzmänner in den Ausschuß einrücken.

d) Ganz klar setzt die Versicherungsfreiheit nach § 169 voraus, daß entweder ein Anspruch auf die Regelleistungen oder auf Bezüge im anderthalbfachen Betrage des Krankengeldes gewährleistet ist; letzteres bezieht sich auf alle dort erwähnten Bezüge. Daß das Gehalt immer höher sein wird, als das anderthalbfache Krankengeld, mag richtig sein, steht aber der durch den Wortlaut gebotenen Auffassung nicht entgegen (vgl. § 3 KVG.).

e) Wenn wir Ihre Angaben recht verstehen, haben die fraglichen Arbeiter an sich eine feste Arbeitsstätte — nämlich das Eisenwerk —, sind aber meist mit einzelnen Arbeiten auf die Dauer von 1 bis 4 Monaten außerhalb beschäftigt. Dann wären diese einzelnen Arbeiten, je für sich betrachtet, „von geringer Dauer" im Sinne des § 153 Abs. 2 RVO., weil sie jedenfalls nicht die Errichtung einer besonderen festen Arbeitsstätte erfordern (vgl. Hahn, Handb. S. 141 Anm. 3e zu § 153). Die Anwendung des § 153 Abs. 4 käme nur in Frage, wenn die Arbeiter nur immer für einzelne Arbeiten außerhalb des Eisenwerks angenommen würden (vgl. daselbst S. 142). Dann wären sie am wirklichen Beschäftigungsorte nach § 153 Abs. 1 versichert; nur wenn dieser in dem Bezirke desselben Versicherungsamts läge wie das Eisenwerk, würde dieses als Beschäftigungsort gelten gemäß § 153 Abs. 4. Handelte es sich aber um Leute, die vom Eisenwerk aus zwar dauernd, aber immer nur mit einzelnen Arbeiten in verschiedenen Bezirken beschäftigt werden, so wäre § 153 Abs. 3 anzuwenden.

f) Nach der Reichsversicherungsordnung kann es nicht zweifelhaft sein, daß der große Bau, den der Unternehmer außerhalb seines Betriebssitzes ausführt, eine besondere feste Arbeitsstätte darstellt und daß die Arbeiter an dieser versichert sind (§ 153 Abs. 2; Hahn S. 139). Nach bisherigem Recht war die Frage streitig; die herrschende Praxis nahm an, daß der Betriebssitz des Unternehmers als Beschäftigungsort gilt (daselbst S. 138 Anm. 2b). Geht man hiervon aus, so vollzog sich am 1. Januar kraft Gesetzes ein Uebergang der Versicherten von der Kasse des Betriebssitzes zur Kasse der Bauausführung. Letztere hat daher auch die weitere Leistung für die kranken Versicherten vom 1. Januar ab nach § 212 zu übernehmen, nicht aber der anderen Kasse Ersatz für die bisherigen Leistungen zu gewähren.

Die Beiträge sind für die Gleichwertigkeit der Leistungen ohne Bedeutung.

2. Nach Rostock. Antwort: Nach § 259 Abs. 2 RVO. sind bei der Entscheidung über die Gleichwertigkeit von Leistungen „die Gesamtleistungen mit Rücksicht auf den besonderen Mitgliederkreis der einzelnen Kassen nach Billigkeit" zu veranschlagen. Also nur die Leistungen werden miteinander verglichen. Welche Aufwendungen sie seitens der Mitglieder erfordern, darauf kommt es nicht an. Die Höhe der Beiträge ist sonach hierbei unerheblich. Zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenverf. S. 336 Anm. 5 zu § 240.

Neuer Unterstützungsfall.

3. „D." Antwort: Wenn der Arbeiter in der Zeit vom 15. bis 23. November weder ärztlicher Behandlung bedurfte, noch arbeitsunfähig war, so begann mit der Erkrankung am 24. November ein neuer Unterstützungsfall, für den ein Anspruch auf 26 Wochen besteht, mag auch die Krankheitsursache dieselbe sein.

Krankenversicherung der Aufwartefrauen.

4. Nach Schönebeck. Antwort: Stets krankenversicherungspflichtig sind diejenigen Aufwärterinnen, die die Aufwartung berufsmäßig betreiben, also von ihr ihren Unterhalt bestreiten. Hierbei macht es keinen Unterschied, ob sie nur eine Stelle, die ihre ganze Tätigkeit in Anspruch nimmt, oder mehrere haben, so daß die einzelne nur während weniger Stunden am Tage oder auch nur an bestimmten Tagen versehen wird. Handelt es sich aber um vorübergehende Dienstleistungen, so ist die Versicherungspflicht nach der Bundesratsverordnung vom 17. November 1913 (Reichsgesetzblatt Nr. 65 S. 756, Arb.-Versorgg. 1913 S. 848) zu beurteilen. Danach würde eine Aufwartefrau, die täglich nur wenige Stunden aufwartet, versicherungsfrei sein, wenn sie nur nebenher und gegen einen geringfügigen Entgelt tätig

Digitized by Google

ist, mögen auch die Dienste in regelmäßiger Wiederkehr geleistet werden. Als geringfügig gilt ein Entgelt, wenn er für den Lebensunterhalt während des Zeitraumes, innerhalb dessen die Beschäftigung in regelmäßiger Wiederkehr ausgeübt wird, nicht wesentlich ist. Die ähnlich lautende Bestimmung der für die Invalidenversicherung geltende Bundesratsverordnung vom 27. Dezember 1899 war im allgemeinen dahin ausgelegt worden, daß die Versicherungspflicht fortfalle, wenn der Entgelt nicht ein Drittel des ortsüblichen Tagelohnes erreiche. Das kann wohl entsprechend auch auf die Krankenversicherung angewandt werden (vgl. § 149 RVO.).

Zu §§ 504, 507, 517, 519, 523 RVO.

5. Nach Braunschweig. Antwort: a) Der Bundesrat kann den Antrag einer Ersatzkasse, ihr die Stellung der Anträge gemäß § 519 Abs. 2 RVO. zu übertragen, jederzeit nach freiem Ermessen, ohne besondere Begründung, ablehnen. Es handelt sich um eine reine Zweckmäßigkeitsfrage, und es wäre denkbar, daß der Bundesrat sich grundsätzlich und allgemein entschließt, von der Ermächtigung aus § 519 Abs. 2 keinen Gebrauch zu machen.

b) Der Versicherungspflichtige hat zur Begründung seines Antrags auf Ruhen seiner Rechte und Pflichten bei seiner Zwangskasse nach § 519 Abs. 1 Halbs. 2 nur seine „Zugehörigkeit" zu der näher zu bezeichnenden Ersatzkasse, nicht auch das Maß seiner Versicherungsansprüche an diese nachzuweisen. Denn das Gesetz selbst (§ 507) bestimmt, daß versicherungspflichtige Mitglieder der Ersatzkasse ihr gegenüber mindestens auf die Regelleistungen Anspruch haben. Diese Rechtsfolge tritt also unmittelbar kraft Gesetzes ein, und es ist daher Sache der Ersatzkasse, nicht der Krankenkasse, sich den für die Regelleistungen maßgebenden Grundlohn bei der Aufnahme nachweisen zu lassen. Bei späterer Erhöhung des Grundlohns tritt allerdings nicht ohne weiteres auch eine entsprechende Höherversicherung bei der Ersatzkasse ein, sondern es ist, wie sich aus § 523 ergibt, Sache des Mitgliedes, die Höherversicherung bis zum Schlusse des Kalenderjahrs oder binnen zwei Wochen zu erwirken.

c) Wie der Nachweis der Zugehörigkeit zur Ersatzkasse zu erbringen ist, sagt das Gesetz nicht. Es sind also alle üblichen Beweismittel, die geeignet sind, der Zwangskasse die Ueberzeugung zu verschaffen, zuzulassen. Insbesondere wird sie eine Bescheinigung der Ersatzkasse als hinreichenden Urkundenbeweis gelten lassen müssen. Aus den unter b angeführten Gründen braucht nur die Zugehörigkeit, nicht auch die Versicherung in einer bestimmten Abteilung bescheinigt zu werden. Aber es dürfte zweckmäßig sein, die Bescheinigung auch auf diesen Punkt zu erstrecken.

d) Die Ersatzkasse ist durch nichts behindert, für den Fall, daß der Bundesrat ihrem Antrag aus § 519 Abs. 2 nicht stattgeben sollte, den Mitgliedern die Pflicht aufzuerlegen, zur Stellung von Anträgen auf Ruhen ihrer Rechte und Pflichten nur bestimmte Formulare zu benutzen und sie dem Bevollmächtigten der örtlichen Verwaltungsstelle zur weiteren Behandlung einzureichen. Denn eine solche Verpflichtung widerstreitet weder dem § 504 Abs. 2 RVO. noch irgendeinem anderen Verbote, und soweit nicht gesetzliche Vorschriften entgegenstehen, haben die Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit Vertragsfreiheit.

e) Wenn die Satzung ausdrücklich vorsieht, daß bei späterer Erhöhung des Grundlohns das Mitglied sofort in diejenige höhere Klasse einrückt, deren Grundlohn demjenigen seiner Krankenkasse mindestens gleichkommt und wenn die höchste Klasse auf einem Grundlohn bis zu 6 M. aufgebaut ist (entsprechend dem § 180 RVO.), so ruhen die Rechte und Pflichten des Mitgliedes bei der Zwangskasse ohne weiteres auch über den im § 523 bezeichneten Zeitpunkt hinaus. Eine Bescheinigung der Ersatzkasse, welche diesen Sachverhalt bestätigt, wird die Zwangskasse gelten lassen müssen (vgl. oben c).

f) Wenn es in der Begründung S. 249 heißt, die Ersatzkasse werde das Mitglied veranlassen müssen, ihr den für seine Versicherung maßgebenden Grundlohn „ausreichend sicher nachzuweisen", so erhellt hieraus freilich nicht, wie das zu geschehen hat. Welche Art von Grundlohn überhaupt in Betracht kommt (§§ 180, 181), ergibt sich aus der Satzung, die das Mitglied vorzulegen haben wird. Weiter aber bleibt festzustellen, wie sich dieser Grundlohn für das einzelne Mitglied nach seinem besonderen Arbeitsverhältnisse bemißt. Wie bei der Orts- oder Landkrankenkasse der meldepflichtige Arbeitgeber die hierfür maßgebenden Angaben zu machen hat und daraufhin der Regel nach ohne weiteres die Zuteilung des Versicherten in die Lohnstufen oder Klassen erfolgt (Mustersatzung für Ortskrankenkassen §§ 12, 19 A, 19 B), so wird sich der Regel nach die Ersatzkasse auf die entsprechenden Angaben des Versicherten verlassen dürfen. Nur ist dabei zu beachten, daß sie ein dringendes Interesse hat, vollkommen klare und genaue Angaben zur Berechnung des maßgebenden Grundlohns zu erhalten. Denn ihrer zwingenden Pflicht, dem Versicherungspflichtigen mindestens die Regelleistungen nach dem wirklich maßgebenden Grundlohn zu gewähren (§ 507), würde sie eintretendenfalls sich nicht durch die Berufung auf die Angaben des Mitgliedes, welche die Annahme eines geringeren Lohnes rechtfertigten, entziehen können. Wo also der geringste Anlaß zu einem Zweifel besteht, wird es sich empfehlen, Erkundigungen einzuziehen oder dem Beitretenden aufzugeben, nähere Nachweise beizubringen. Ist der Beitretende bei seiner Krankenkasse bereits einer Lohnstufe oder Klasse zugeteilt, so wird er diese leicht nachweisen können. Im anderen Falle, also wenn er sofort bei seinem Eintritt in die Krankenkasse den Antrag aus § 517 stellt (vgl. § 519), kann sich die Sache schwieriger gestalten. Hier käme zunächst eine Bescheinigung oder Auskunft des Arbeitgebers in Betracht, dessen Meldepflicht bei der Zwangskasse ja jedenfalls unberührt bleibt (vgl. Hahn Anm. 3 zu § 517 RVO.) und der daher die entsprechende Angaben auch der Ersatzkasse machen kann, wenn er will. Versagt dies Auskunftsmittel, so käme eine Bescheinigung oder Auskunft der Krankenkasse über die Lohnangaben des Arbeitgebers in Frage. Allein ein Pflicht der Krankenkasse hierzu besteht keinesfalls, und es ist sogar anzunehmen, daß sie ohne Zustimmung des Arbeitgebers nicht einmal befugt ist, seine Lohnangaben an die Ersatzkasse zu verraten (vgl. Entsch. des Preuß. OVG. in Arb.-Verf. 30 S. 373 und § 142 RVO.). Der Ersatzkasse bliebe dann nichts übrig, als die einseitigen Angaben des Beitretenden zugrunde zu legen oder seine Aufnahme davon abhängig zu machen, daß er seine Angaben näher nachweist.

Ruhen der Rente für Angehörige.

6. Nach Metz. Antwort: Die den Angehörigen im Falle der Heilanstaltspflege zu gewährende Rente stellt ein selbständiges, vom Rechte des Verletzten unabhängiges Recht dar. Ihre Rente ruht daher nicht schon deshalb, weil die Rente des Verletzten (wenn er außerhalb der Anstalt an sich Anspruch auf Rente hätte) aus § 615 Abs. 1 Ziff. 4, Abs. 3 ruht. Weil aber die Angehörigen selbst die Berechtigten sind, so gilt auch für sie § 615 Abs. 1 Ziff. 3 in der Art, daß ihre Rente ruht, solange sie, als Ausländer, sich freiwillig gewöhnlich im Ausland aufhalten.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Dippe**, Geh. Justizrat **J. Hahn**, Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat und Vortr. Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe Dr. **Hoffmann**, Geh. Reg.-Rat und Vortr. Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. **Laß**, Rat Dr. **Olshausen**, Geh. Rat Prof. Dr. **Rosin**, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. **K. Weymann**, Geh. Reg.-Rat Dr. **Zacher** u. anderen namhaften Fachmännern.
herausgegeben von
A. Troschel.

XXXI. Jahrgang. **11. Februar 1914.**

Redaktion:	**Nr. 5**	**Verlag und Expedition:**
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung R. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Die Ueberleitung der bestehenden Kassenverbände in das neue Recht.

Von Regierungsrat **Dr. Sonderhoff**, Vorsitzendem des Versicherungsamts Hamburg.

Die Kassenverbände des alten Rechts können nur im Rahmen der neuen gesetzlichen Vorschriften über die Organisation von Kassenverbänden fortbestehen. Das kann nicht zweifelhaft sein, obschon weder die Reichsversicherungsordnung, noch das Einführungsgesetz dies ausdrücklich bestimmen. Dieser grundlegende Satz ergibt sich daraus, daß zwar die wesentlichen Bestimmungen über die Organisation und die Aufgaben der Kassenverbände die gleichen geblieben sind, daß sie aber in einzelnen Beziehungen ergänzt und geändert sind. Wo aber die Reichsversicherungsordnung die Organisation der versicherungsrechtlichen Gebilde neu oder anders ordnet, haben die neuen Vorschriften mangels ausdrücklicher abweichender Gesetzesbestimmungen auch Geltung für die älteren Rechtsgebilde. Während § 46b KVG. das unveränderte Fortbestehen älterer Kassenverbände ausdrücklich zuließ und regelte, ist eine entsprechende Vorschrift nicht in das neue Gesetz übernommen, und zwar bewußt und in der Absicht, auch die älteren Kassenverbände nunmehr den neuen Bestimmungen ausnahmslos zu unterwerfen (vgl. Begründung zum 2. Buch S. 228). Die Anpassung der bestehenden Kassenverbände an das neue Recht ist also Voraussetzung ihres weiteren Bestehens. Da aber weder die Reichsversicherungsordnung noch das Einführungsgesetz über ihre Ueberleitung in das neue Recht irgendwelche Bestimmungen enthalten, während die Neuorganisation der Versicherungsträger ausführlich und umständlich geregelt ist, werden sich mannigfache Zweifel darüber erheben, in welchen Formen sich die Ueberführung der Kassenverbände des alten Rechts vollzieht. Die Ansichten des Verfassers über die grundsätzlichen Fragen der Neuorganisation der bestehenden Kassenverbände mögen für die Praxis von einigem Werte sein.

Eines besonderen Aktes der Zulassung in den Formen, die für die einzelnen Krankenkassen des alten Rechts gelten, bedarf es nicht. Eine besondere förmliche Anerkennung des Rechtsbestandes neben dem Akt der Satzungsgenehmigung hat nur für solche Rechtsgebilde Bedeutung, für deren Errichtung nicht nur feste Normativbestimmungen gegeben sind, sondern deren Gründung mehr oder minder auch von administrativen Erwägungen einer Verwaltungsbehörde abhängt. Während die weitere Zulassung bestehender Krankenkassen in erheblichem Umfange von nicht festumgrenzten Voraussetzungen abhängig ist, die dem freien Ermessen der entscheidenden Behörden weiten Raum lassen, wird die Organisation der Kassenverbände lediglich durch klare greifbare Rechtsnormen bestimmt, denen die Satzung entsprechen muß, so daß ein Verband, dessen Satzung mit den gesetzlichen Normen im Einklang steht, ein Recht auf Anerkennung als Kassenverband hat. Demgemäß fordert das Gesetz auch für die Gründung von Kassenverbänden nur die Aufstellung einer den ge-

Digitized by Google

setzlichen Normen entsprechenden Satzung. Durch und mit deren Genehmigung wird der Rechtsbestand des Verbandes anerkannt. Da das Weiterbestehen des Verbandes sachlich ebenfalls nur durch Anpassung der Satzung an das neue Recht bedingt ist, so muß auch formell die Genehmigung der Satzungsänderung als Anerkennung des weiteren Rechtsbestandes gelten und genügen.

Ist eine besondere Zulassung, wie sie das Gesetz für die bestehenden Krankenkassen vorsieht, nicht erforderlich, so können naturgemäß auch die Fristen des Einführungsgesetzes über die Einreichung der neuen Satzung auf die Kassenverbände keine Anwendung finden. Zwar stehen auch die Satzungen der Verbandskassen in organisatorisch engem Zusammenhang mit der Verbandssatzung, so daß die Genehmigung der Satzung der einzelnen zugehörigen Kasse zumeist erst erfolgen könnte, wenn der Fortbestand des Verbandes außer Frage steht, also auch die neue Verbandssatzung genehmigt ist oder wird. Da jedoch die weitere Zulassung des Verbandes bei Erfüllung der Normativbestimmungen des Gesetzes gesichert ist, so wird es praktisch zuträglich sein, die dringlicheren Satzungen der einzelnen Kassen vorweg zu genehmigen, wie es wohl überall geschehen ist.

Notwendig muß aber die neue Satzung zum 1. Januar 1914 beschlossen, grundsätzlich auch mit Wirkung auf diesen Zeitpunkt des Inkrafttretens des 2. Buches der Reichsversicherungsordnung genehmigt sein. Denn die Reichsversicherungsordnung erkennt nur diejenigen Kassenvereinigungen als Kassenverbände mit eigener Rechtspersönlichkeit an, welche den neuen Vorschriften genügen. Da diese am 1. Januar 1914 in Kraft getreten sind, so muß der Verband als solcher seinen Rechtsbestand verlieren, wenn er sich bis dahin oder auf diesen Zeitpunkt nicht den neuen Normen angepaßt und die behördliche Anerkennung der Rechtsgültigkeit seiner Satzung, das ist die Genehmigung erlangt hat. Die Genehmigung der geänderten Satzung ist selbstverständlich Voraussetzung seines weiteren Bestehens. Um eine Neuerrichtung der Satzung handelt es sich hier allerdings nicht, wie auch der Verband als solcher nicht neu errichtet wird. Obschon § 408 RVO. im ersten Satz nur die Neuerrichtung der Satzung regelt, und der zweite Satz in erster Linie auf die neuerrichtete Satzung sich bezieht, so muß doch nach Bedeutung und Zweck der Genehmigung angenommen werden, daß auch jede Satzungsänderung der Genehmigung des Oberversicherungsamtes bedarf, vor allem naturgemäß die Neuordnung der Verhältnisse zum Zwecke der Ueberleitung in das neue Recht. Unterläßt der Verband die rechtzeitige Neuordnung der Satzung oder wird die Genehmigung versagt, so verliert der Verband seine Rechtspersönlichkeit und die einzelnen Kassen dürfen die dem Verband zukommenden Aufgaben diesem nicht mehr überlassen, wie auch die Verwendung von Kassenmitteln für die Zwecke des Verbandes damit unerlaubt wird. Dadurch werden die Verbandskassen gezwungen, den Verband in den satzungsmäßigen Formen aufzulösen. Eine zwangsweise Schließung von Kassenverbänden kennt weder das alte noch das neue Recht. Nur auf die einzelnen Kassen kann im Aufsichtswege ein indirekter Zwang zur freiwilligen Auflösung ausgeübt werden, indem diese angehalten werden, die Verbandsaufgaben selbst wieder zu übernehmen, und ihnen verboten wird, Kassenmittel weiterhin für den Verband zu verwenden, der mit seinem Rechtsbestande auch die Befugnis zu weiterer Erfüllung seiner Aufgaben verliert. Dem Verband wird damit aber auch die Rechtsgrundlage für sein weiteres Bestehen als Kassenvereinigung anderer Art im Sinne des § 414 RVO. entzogen. Denn das Gesetz läßt grundsätzlich die Uebertragung der im § 407 bezeichneten besonderen Aufgaben an eine Vereinigung von Kassen nur in der Form des Kassenverbandes nach Maßgabe der besonderen Normen zu, welche dessen Verfassung und Ueberwachung regeln. Nur ausnahmsweise und nur mit Genehmigung der obersten Verwaltungsbehörde dürfen gemäß § 414 Krankenkassen die besonderen Aufgaben, welche an sich nur ihnen obliegen, auch auf andere freie Kassenvereinigungen übertragen. Bestehende Kassenverbände, welche nicht gewillt oder imstande sind, sich den Normen der Reichsversicherungsordnung anzupassen, können daher nicht die Form der in der Hauptsache nur für allgemeine Zwecke der Krankenhilfe bestimmten losen Vereinigungen wählen, um sich den neuen Vorschriften zu entziehen. Die

Digitized by Google

grundsätzliche Unzulässigkeit der Umwandlung eines nicht erneut genehmigten Kassenverbandes in eine Kassenvereinigung der im § 414 gedachten Art steht aber selbstverständlich nicht einer solchen Umwandlung des Verbandes entgegen, welche der völligen Aufgabe seines früheren Wirkungsbereiches gleichkommt, indem sie dem Verband an Stelle der früheren Aufgaben künftig nur noch allgemeinere und andere Zwecke setzt, als im § 407 aufgeführt sind.

Die Aenderung oder Neuaufstellung der Satzung muß nicht in derselben Form erfolgen, die für die erstmalige Errichtung in § 406 vorgesehen ist. Vielmehr braucht sie nur in den Formen geschehen, welche die alte Satzung des Verbandes für Satzungsänderungen des Verbandes vorsieht. In der Regel wird also die Verbandsversammlung darüber zu beschließen haben. Enthält die Verbandssatzung keine Bestimmungen darüber, so müssen die Generalversammlungen der einzelnen Verbandskassen die Verfassungsänderungen beschließen.

Bei der großen Zahl der Schließungen von bestehenden Krankenkassen und Kasseneinrichtungen anläßlich der Neuorganisation der Krankenversicherung wird kaum ein Kassenverband seinen alten Bestand an zugehörigen Kassen behalten haben. Die Schließung von Verbandskassen zieht naturgemäß ohne weiteres das Ausscheiden aus dem Verbande nach sich. Einer förmlichen Aufkündigung bedarf es nicht (Hahn, Handb. der Krankenvers. S. 583 Anm. 1). Da die Schließung stets mit dem 31. Dezember 1913 erfolgt ist, so regeln sich die Folgen des Ausscheidens lediglich nach dem alten Recht, also nach § 46a KVG. Auch die infolge der Schließung ausscheidende Kasse, die bis zur Abwicklung der bestehenden Rechtsbeziehungen nach § 301 RVO. als fortbestehend gilt, hat daher Anspruch auf einen Anteil des Reinvermögens nach dem Verhältnis der Beitragseinnahmen des letzten Jahres, so daß auch die Kassen, welche die Mitglieder der geschlossenen Kasse übernehmen, gemäß § 303 RVO. ihren Teil davon erhalten können. Wenn auch der Bestand des Verbandes durch das Ausscheiden einzelner Kassen geändert wird, so wird sein rechtlicher Bestand als solcher und damit das Weiterbestehen des Verbandes nicht davon berührt, solange noch eine Mehrheit von Kassen verbleibt, die ihm weiter angehören.

Bei der Umgestaltung der Satzungsbestimmungen wird vor allem die Wahl der Verbandsorgane nach dem Verhältniswahlsystem geregelt werden müssen, soweit eine Wahl stattfinden muß. Da wo die Vorstände der Verbandskassen die Generalversammlung des Verbandes bilden, ist eine Änderung der Vertretung in der Verbandsversammlung durch Entsendung besonders gewählter Vertreter und damit die Einführung eines besonderen Wahlverfahrens nicht erforderlich. Nur soweit besondere Vertreter für die Verbandsorgane zu bestellen sind, also stets für den Vorstand, muß die Bestellung im Wege der Wahl, und zwar der Verhältniswahl erfolgen (§ 15). Die sinngemäße Berücksichtigung der §§ 4—34 RVO. (nach § 408 Abs. 2) wird im übrigen nicht auf Schwierigkeiten stoßen.

Neu und von erheblicher praktischer Bedeutung ist die Vorschrift in § 409 Ziff. 1, nach der die Satzung auch die angeschlossenen Verbandskassen aufzählen muß. Daraus ergibt sich, daß es zur Aufnahme einer dem Verbande nachträglich beitretenden Kasse einer Satzungsänderung, also in der Regel eines Beschlusses der Generalversammlung des Verbandes bedarf. Das steht auch durchaus im Einklang mit der Organisation eines Kassenverbandes, dessen Bestand ein festerer ist und bleiben muß als beispielsweise der eines privaten Vereins. Handelt es sich hier doch um einen aus öffentlich-rechtlichen Körperschaften bestehenden Zweckverband, für den die Aufnahme einer neuen Körperschaft erheblich größere Bedeutung hat als die Aufnahme eines neuen Mitgliedes für einen privaten Verein. Die Regelung des Beitritts durch einseitige Erklärung der beitretenden Kasse ist danach ausgeschlossen. Daß andererseits eine Kasse durch einseitige Erklärung aus dem Verbande austreten kann, ist durch das Gesetz ausdrücklich geregelt und beruht auf dem Gedanken, daß eine einzelne Kasse nicht durch Majoritätsbeschluß der übrigen zum Verbleiben im Verbande gezwungen werden kann, wie auch der Beitritt nur ein freiwilliger sein kann. Demgegenüber muß entsprechend dem Grundsatz des Erfordernisses übereinstimmender Beschlüsse der einzelnen Kassen über ihren Zusammen-

Digitized by Google

schluß auch für die Aufnahme einer neuen Kasse grundsätzlich die Zustimmung der Verbandskassen gefordert werden. Diese kann einem den Willen der Verbandskassen verkörpernden Verbandsorgan übertragen werden, da auch die Beschlüsse über andere Verfassungsänderungen des Verbandes, wie aus § 409 Ziff. 6 hervorgeht, durch ein Verbandsorgan erfolgen können.

Aeltere Kassenverbände, die vor der am 1. Januar 1893 in Kraft getretenen Novelle von 1892 noch andere Zwecke verfolgten, als sie § 407 RVO. zuläßt, und welche auf Grund § 46 b die Erlaubnis zur Beibehaltung dieser Aufgaben erhalten haben, müssen sich nunmehr auf die in § 407 RVO. bestimmten Aufgaben beschränken. Ob Kassenverbände, welche die gemeinsame Anstellung von Kassenbeamten bezwecken, auch ihre auf Grund § 46 Abs. 2 Satz 2 KVG. getroffenen Bestimmungen über eine gemeinsame Verwahrung der Kassenbestände aufrecht erhalten können, erscheint zweifelhaft. Eine dem § 46 Abs. 2 Satz 2 KVG. entsprechende Vorschrift fehlt in der Reichsversicherungsordnung ohne ersichtlichen Grund, obschon der § 40 Abs. 1 KVG., der die gesonderte Verwahrung der Kassenbestände vorsieht, im § 25 Abs. 2 RVO. übernommen ist. Erschien dem Gesetzgeber bei Erlaß der Novelle von 1892, welche den § 46 Abs. 2 Satz 2 KVG. brachte, eine ausdrückliche gesetzliche Ermächtigung zu gemeinsamer Verwahrung im Hinblick auf § 40 Abs. 1 KVG. erforderlich, so könnte angenommen werden, daß mangels einer solchen mit Rücksicht auf § 25 Abs. 2 RVO. eine gemeinsame Verwahrung der Bestände durch den Verband auch durch die Satzung nicht mehr zugelassen werden kann. Diese Auffassung erscheint jedoch irrig. Denn bei Erledigung der Kassen- und Rechnungsgeschäfte durch gemeinsame Beamte erscheint es praktisch selbstverständlich, daß die Tageseinnahmen und -ausgaben, wenn sie auch getrennt verbucht werden, doch zunächst einer gemeinsamen Tageskasse zugeführt und entnommen werden, und daß nach Kassenschluß erst die Trennung nach den Buchungen erfolgt. Kann das aber nicht beanstandet werden, so wird auch dagegen nichts eingewandt werden können, daß satzungsgemäß auch die bereitzuhaltenden Betriebsmittel überhaupt zusammengelegt und belassen werden und in kürzeren Zeitabschnitten erst die verfügbaren Mittel für jede Kasse ausgesondert und verwahrlich angelegt werden. Die Vermischung der ein- und ausgehenden und der bereiten Betriebsgelder ist ein so notwendiges geschäftliches Erfordernis bei solchen Verbänden, daß der Gesetzgeber, welcher die gemeinsame Uebernahme der Kassenführung zuläßt, die damit verbundene Vermischung der Betriebsgelder nicht ausschließen kann. Eine ausdrückliche gesetzliche Ermächtigung dazu erscheint also nicht erforderlich; dem Verfasser erscheint nicht einmal eine besondere Satzungsbestimmung zu diesem Zweck nötig, da das Gesetz die Regelung durch die Satzung nicht mehr vorschreibt. Wenn aber die Satzung weiterhin vorsieht, daß auch die Wertpapiere und verfügbaren baren Bestände der einzelnen Kassen in gemeinsame Verwahrung, d. h. in gemeinsamen Verschluß genommen werden, so werden auch dagegen Bedenken kaum erhoben werden können.

Ueber die Zusammensetzung, Wahl sowie Rechte und Pflichten des Vorstandes und etwaiger Ausschüsse kann die Satzung im Rahmen der §§ 4 bis 24 RVO. frei bestimmen. Die Abgrenzung der Befugnisse zwischen Vorstand und Generalversammlung und die Regelung der Aufgaben der Generalversammlung und deren Geschäftsordnung stehen ebenfalls bei Beachtung der §§ 5 bis 11 RVO. in freiem Ermessen der über die Satzungsänderung beschließenden Organe. Im besonderen schreibt die Reichsversicherungsordnung keineswegs die Anwendung der §§ 328 ff. auf Kassenverbände vor. Mangels ausdrücklicher gesetzlicher Bestimmungen können also die Verbandskassen kraft des Rechtes der Autonomie insbesondere die Berufung oder Wahl des Vorsitzenden nach Belieben regeln. Auch die Vorschrift des § 345 Abs. 2 über getrennte Abstimmung bei Satzungsänderungen braucht bei Aufstellung der Verbandssatzung nicht beachtet zu werden.

Bei der satzungsmäßigen Regelung der Verbandsaufgaben im einzelnen sind demnach auch nur die §§ 368 bis 376 und die §§ 349 bis 361, 363, 365 in Gemäßheit der §§ 410 bis 413 RVO. zu berücksichtigen. Die nähere Erörterung dieser Einzelheiten liegt nicht im Rahmen dieses Aufsatzes. -

Digitized by Google

Die Kosten eines ärztlichen Gutachtens im Einspruchsverfahren der §§ 1591 ff. RVO.

Von Stadtrat **Dr. Theodor Heidecker** in Falkenstein i. V.

Nach § 59 Abs. 2 RVO. haben die Versicherungsträger die in Spruchsachen (§§ 1591 bis 1674) entstehenden Barauslagen des Verfahrens mit Ausnahme der Bezüge der Versicherungsvertreter zu erstatten, soweit die Barauslagen nach Abs. 3 zu erstatten sind. Da nach § 59 Abs. 3 RVO. Erstattungen nur in Frage kommen, wenn Kosten durch Mutwillen, Verschleppung oder Irreführung veranlaßt worden sind, kann dieser Gesichtspunkt hier außer acht gelassen werden, denn der in § 59 Abs. 3 RVO. zitierte § 1802 RVO. gilt nur, wie auch Stier-Somlo in Anmerkung 1 zu § 1802 RVO. bemerkt, für das Verfahren vor den Versicherungsbehörden, dagegen nicht für das Verfahren vor den Versicherungsträgern, auch nicht soweit im Feststellungsverfahren der Versicherungsträger das Versicherungsamt mitwirkt.

Daß die Erstattungspflicht der Versicherungsträger nach § 59 Abs. 2 RVO. nur gegeben ist, wenn die Versicherungsbehörden innerhalb der ihnen gesetzten Grenzen tätig werden, nicht aber, wenn sie diese Grenzen überschreiten, dürfte wohl als zweifellos anzusehen sein. Es bedarf daher wohl auch keiner weiteren Ausführung, daß zu den nach § 59 RVO. zu erstattenden Barauslagen die Gebühren für Zeugen und Sachverständige, also auch die Kosten eines ärztlichen Gutachtens gehören, vorausgesetzt, daß die Vernehmung der Zeugen und Sachverständigen, bzw. die Beiziehung eines ärztlichen Gutachtens von den Versicherungsbehörden unter Beobachtung der gesetzlichen Vorschriften erfolgt ist.

Im Einspruchsverfahren der §§ 1591 ff. RVO. ist vorgesehen sowohl die Beiziehung weiterer ärztlicher Gutachten in § 1595 und § 1596 als auch die Anstellung weiterer Ermittlungen, soweit die Beweismittel bereit oder leicht zu beschaffen sind und erhebliche Kosten nicht entstehen.

Daß die Kosten eines unter den Voraussetzungen des § 1595 RVO. eingeholten ärztlichen Gutachtens erstattungsfähig sind, ist ohne Zweifel. Voraussetzung ist erstens, daß der Versicherte bei seiner Vernehmung den Antrag auf Einholung eines Gutachtens eines bisher noch nicht gehörten Arztes gestellt hat und daß das einzuholende Gutachten nach Ansicht des Versicherungsamtes für die Entscheidung von Bedeutung sein kann. Das Gutachten braucht also nicht beigezogen zu werden, ja, es darf sogar nach § 1595 RVO. nicht beigezogen werden, dann aber auch nur dann, wenn es nach Ansicht des Versicherungsamtes ausgeschlossen ist, daß das Gutachten für die Feststellung irgendwelche Bedeutung erlangt. Dem Versicherten muß es in einem solchen Falle überlassen bleiben, nach § 1596 RVO. die Beiziehung eines Gutachtens zu erzwingen. Wird trotz offensichtlicher Aussichtslosigkeit ein Gutachten eingeholt, muß der Versicherungsträger seine Erstattungspflicht ablehnen können. Weitere Voraussetzung des § 1595 ist aber noch, daß nicht schon durch den Versicherungsträger ein Arzt gehört worden ist, dem der Versicherte nach eigener Wahl seine Behandlung übertragen hat. Voraussetzung ist also lediglich, daß der Versicherungsträger nicht einen ganz bestimmten Arzt, nämlich den gehört hat, dem der Versicherte nach eigener Wahl seine Behandlung übertragen hat; Voraussetzung ist nicht zugleich, daß der Versicherte sich auch von einem Arzt eigener Wahl behandeln läßt. Hätte der Gesetzgeber auch dies zur Voraussetzung machen wollen, so wäre es ihm ein Leichtes gewesen, dies auszudrücken und zu sagen: „Hat der Versicherte nach eigener Wahl seine Behandlung einem Arzt übertragen und ist dieser nicht schon durch den Versicherungsträger gehört worden." Dadurch, daß der Gesetzgeber einen Relativsatz gebraucht hat, hat er zum Ausdrucke gebracht, daß er nicht eine zweite Voraussetzung schaffen, sondern daß er die im Bedingungssatze gesetzte eine Voraussetzung begrenzen

Digitized by Google

wollte, indem er von dem Arzte, dessen Gehör die Einholung eines weiteren Gutachtens ausschließen sollte, eine bestimmte Eigenschaft verlangt. Diese Voraussetzung des § 1595 RVO. ist also stets gegeben, wenn der Versicherte sich nicht in ärztlicher Behandlung befindet, da dann der Versicherungsträger nicht in der Lage ist, einen Arzt, der die Bedingung des Relativsatzes erfüllt, zu hören. Auch die ratio legis spricht für den hier eingenommenen Standpunkt, denn sie will dem Versicherten die Möglichkeit geben, das Gutachten eines Arztes beizuziehen, zu dem er Vertrauen hat. Es wäre daher unverständlich, wenn dieser Rechtsbehelf jemandem bloß deswegen genommen werden sollte, weil er in der fraglichen Zeit ärztlicher Behandlung nicht bedarf, oder was noch mehr ins Gewicht fällt, ärztliche Behandlung sich nicht leisten kann.

Die Kosten eines unter den Voraussetzungen des § 1595 RVO. eingeholten Gutachtens sind also stets von dem Versicherungsträger zu erstatten.

Weiterhin sieht § 1596 RVO. die Einholung eines ärztlichen Gutachtens vor. Im Falle des § 1596 RVO. ist ein Gutachten in allen Fällen einzuholen, wenn der Versicherte es verlangt und die Kosten im voraus entrichtet. In diesem Falle können dem Versicherungsamte Barauslagen nicht entstehen. Möglich ist dies jedoch im Falle des Satzes 2 Abs. 1. Hiernach kann das Versicherungsamt, wenn sich die Kosten im voraus nicht bestimmen lassen, einen Pauschbetrag als Sicherheitsleistung für die Kosten verlangen. Es kann daher der Fall eintreten, daß die Kosten des Gutachtens den vom Versicherten eingeforderten Pauschbetrag übersteigen. Dem Arzt gegenüber ist natürlich das Versicherungsamt als Auftraggeber zur Begleichung der Kosten verpflichtet, und es hat ihn zu befriedigen. Hierüber dürfte kaum Streit bestehen (vgl. auch Komm. Ber. VI, 102). Soweit diese Kosten durch den Pauschbetrag nicht gedeckt sind, hat also das Versicherungsamt Barauslagen gehabt. Da es zur Ablehnung des Antrages auf Vernehmung des Arztes nicht befugt war — denn § 1596 RVO. bestimmt, daß der Arzt zu vernehmen ist — ist die Vornahme der Ermittlung ordnungsgemäß geschehen. Der Versicherungsträger kann insoweit keine Einwendungen erheben, denn die Barauslagen sind durch eine im Rahmen des Gesetzes vorgenommene Beweiserhebung entstanden. Inwieweit dem Versicherungsträger Ansprüche wegen einer zu Schadensersatz verpflichtenden Handlung eines Beamten bei der Bemessung der Sicherheitsleistung zustehen, würde nach allgemeinen Gesichtspunkten zu beurteilen sein.

Andererseits haftet, wie sich aus § 1596 RVO. ergibt, dem Versicherungsamt auch der Versicherte für den durch den Pauschbetrag noch nicht gedeckten Rest, denn das Gesetz geht von dem Standpunkte aus, daß ein Gutachten nach § 1596 RVO. nur eingeholt werden soll und darf, wenn der Versicherte für sämtliche Kosten aufkommt. Dies ergibt sich auch daraus, daß unter gewissen Umständen Sicherheitsleistung nachgelassen wird. Eine Sicherheit kann aber begrifflich nur da verlangt werden, wo eine Verbindlichkeit besteht.

Die Beziehung des Versicherungsamts zu seinen beiden Schuldnern ist aber mangels einer Regelung im Gesetz nicht derart, daß es den einen, den Versicherungsträger erst in Anspruch nehmen kann, wenn es bei dem andern, dem Versicherten, nicht Befriedigung gefunden hat. Die Tendenz des § 1596 RVO. geht allerdings dahin, das Entstehen von Auslagen zu verhindern. Entstehen aber trotzdem Auslagen, so ist das Versicherungsamt zwar doppelt geschützt, denn es kann sich auf Grund von § 1596 RVO. an den Versicherten und nach § 59 Abs. 2 RVO. an den Versicherungsträger halten, aber über die Reihenfolge, in der es seine Schuldner in Anspruch zu nehmen hätte, ist nichts gesagt.

Für das Verhältnis der beiden Schuldner zueinander wird aber das in § 1596 RVO. ausgesprochene Prinzip der Kostenvermeidung insofern von Bedeutung, als man aus diesem Grundgedanken folgern kann, daß der Versicherte der letzten Endes Verpflichtete ist. Auch der Versicherungsträger soll im Falle des § 1596 RVO. keine Kosten haben, der Versicherte soll auf eigene Gefahr hin das Gutachten erwirken lassen. Er hat also den Versicherungsträger für eventuelle Leistungen schadlos zu halten.

Abweichend von § 1596 Abs. 1 RVO. wird die Kostenlast in Abs. 2 verteilt, wenn sich nämlich herausstellt, daß das auf Veranlassung des Versicherten eingeholte Gutachten von

Digitized by Google

Einfluß auf die Entscheidung war. Hier sind dem Versicherten die Kosten, soweit es angemessen ist, zu erstatten.

Schließlich ist zu fragen, ob das Versicherungsamt auch außer den Fällen der §§ 1595, 1596 RVO. ein ärztliches Gutachten im Einspruchsverfahren beiziehen kann. Nach § 1598 RVO. ist es befugt, sich zur Sache zu äußern und es kann hierzu unter Umständen auch Ermittlungen anstellen. Die Frage, ob unter diese Ermittlungen auch ein ärztliches Gutachten gehören kann, wird von Stier-Somlo in Anm. 3 zu diesem Paragraphen verneint unter Hinweis auf §§ 1595, 1596 RVO. Dies ist meines Erachtens nicht zutreffend. Die §§ 1595, 1596 RVO. sprechen lediglich aus, unter welchen Voraussetzungen ein ärztliches Gutachten eingeholt werden muß, sie geben aber keinen Anhalt, wann ein solches eingeholt werden kann; sie verbieten nicht, auch außer in den Fällen der §§ 1595 ff. einen Arzt zu hören. Bei dieser Sachlage kann man also nicht folgern, daß die Beweiserhebung durch Vernehmung eines Arztes in den beiden Paragraphen erschöpfend geregelt werden sollte; vielmehr ist nur ein Teil dieses Stoffes in § 1595 ff. behandelt, nämlich die Fälle obligatorischer Vernehmung. Es ist doch z. B. sehr wohl denkbar, daß der Versicherte einen Antrag auf Vernehmung eines Arztes nicht gestellt hat, daß das Versicherungsamt aber trotzdem ohne das Gutachten eines Arztes nicht auskommen zu können glaubt. Sollte da das Versicherungsamt nicht auch ohne Antrag diese Ermittlung, die es für erforderlich hält, anstellen dürfen? § 1598 RVO. macht keine derartige Einschränkung. Daß das Versicherungsamt in der Anstellung seiner Ermittlungen, soweit sie nicht umständlich und kostspielig sind, in keiner Weise durch die §§ 1595, 1596 RVO. beschränkt ist, zeigt sich auch aus der Anordnung des Stoffes im Gesetz. Die §§ 1593—1596 RVO. geben die unbedingten Erfordernisse des Verfahrens an. § 1593: Der Berechtigte ist vorzuladen. § 1594: Es wird eine Niederschrift über die Aeußerungen aufgenommen. Hierbei hat die zur Vernehmung berufene Stelle auf genaue und vollständige Anführung hinzuwirken. § 1595: so hat das Versicherungsamt das Gutachten einzuholen. § 1596: Auf Verlangen des Berechtigten ist in allen Fällen ein Arzt zu vernehmen. Dagegen bestimmt § 1598: Das Versicherungsamt kann sich zur Sache äußern. Es kann hierzu Ermittlungen anstellen. Die §§ 1595, 1596 enthalten also keine Einschränkung der Befugnis des Versicherungsamtes nach freier Würdigung des Sachverhalts Ermittlungen anzustellen, sondern sie stellen das Mindestmaß der vorzunehmenden Erhebungen dar.

Die Befugnis des § 1598 RVO. findet lediglich ihre Grenze darin, daß die Beweismittel bereit oder leicht zu beschaffen sind und erhebliche Kosten nicht entstehen. Hiernach würde das Versicherungsamt nicht gebunden sein, auch wenn nur eins dieser Erfordernisse fehlt, wenn das Beweismittel also zwar leicht zu beschaffen ist, mag es auch erhebliche Kosten verursachen oder umgekehrt. Wann diese Grenzen vorliegen, muß der Beurteilung des einzelnen Falles vorbehalten werden. Im allgemeinen wird man aber die Einholung eines ärztlichen Gutachtens von den Ermittlungen des § 1598 RVO. nicht ausschließen dürfen. Ist also außer den Fällen der §§ 1595, 1596 auf Grund von § 1598 ein ärztliches Gutachten eingeholt worden, so hat der Versicherungsträger für die Kosten desselben auf Grund von § 59 Abs. 2 aufzukommen.

Digitized by Google

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Ein Schriftsatz, der den Willen kundgibt, gegen einen Beschluß die höhere Instanz anzurufen, gilt als Beschwerde.

Entscheidung des **Bayr. Verwaltungsgerichtshofs** vom 13. Oktober 1913.

Allerdings enthält das Schriftstück des E. eine Beschwerde gegen den Gemeindeschreiber von U. an das der Gemeinde U. als Aufsichtsbehörde vorgesetzte K. Bezirksamt Bamberg II wegen Verweigerung der Anfertigung einer schriftlichen Beschwerde anläßlich des hier in Rede stehenden Beschlusses des Stadtmagistrats Nürnberg vom 17. Januar 1913. Allein indem E. in diesem Schriftstück ausdrücklich angab, daß er sich beklage wegen Verweigerung der schriftlichen Arbeit „in bezug auf Beschwerde an die K. Kreisregierung in Ansbach gegen den Beschluß des Stadtmagistrats Nürnberg" hat er seinen bestimmten Willen, daß er gegen diesen magistratischen Beschluß an die zuständige höhere Stelle Beschwerde ergreife, hinreichend zum Ausdruck gebracht.

Der Genannte hat aber auch zugleich in diesem seinem Schreiben vom 7. Februar 1913 die Bitte an das K. Bezirksamt Bamberg II gestellt, ihn „in dieser Angelegenheit mit Rat und Tat zu unterstützen, sobald es möglich sein könnte, damit keine Versäumnis ihm zur Last falle. Er wisse sich nicht zu helfen". Hierin ist nicht allein die Bitte zu erblicken, zu veranlassen, daß seine Beschwerde gegen den Beschluß des Stadtmagistrats Nürnberg vom Gemeindeschreiber schriftlich aufgenommen werde, sondern es ist hierin auch die Bitte enthalten, das Bezirksamt möge in seiner erwähnten Beschwerdeangelegenheit alles sonst zweckdienliche tun, damit die ihm bekanntgegebene vierwöchige unerstreckliche Ausschlußfrist hinsichtlich dieser Beschwerde zur höheren Stelle nicht versäumt werde.

Das K. Bezirksamt Bamberg II hat denn auch auf dieses hin noch am Tage des Einlaufs, nämlich am 9. Februar 1913 das Schriftstück des E. vom 7. Februar 1913 an den Stadtmagistrat Nürnberg weiter geleitet, bei dem eine Beschwerde in der vorliegenden Verwaltungsstreitsache als der Behörde, welche den beschwerenden Beschluß erlassen hatte, nach Art. 45 des Verwaltungsgerichtsgesetzes einzureichen war. Dort kam das Schriftstück am 10. Februar 1913 in den Einlauf, also innerhalb der Beschwerdefrist.

Durch Uebergabe der Rekursschrift an den Führer des Aktenwagens wird die Rechtsmittelfrist nicht gewahrt. — „Allgemeine" Feiertage.

Beschluß des **Reichsversicherungsamts** vom 24. September 1913.

Die Uebung, daß Schriftstücke der Berufsgenossenschaft an das Reichsversicherungsamt dem Führer des Aktenwagens des Reichsversicherungsamts zur Beförderung mitgegeben werden, beruht auf privater Vereinbarung und enthebt die Berufsgenossenschaft nicht von der Verpflichtung, selbst dafür Sorge zu tragen, daß die Schriftstücke rechtzeitig an das Reichsversicherungsamt gelangen. Tatsächlich ist der fragliche Aktenwagen erst am 11. — dem letzten Tage der Rekursfrist — wieder im Reichsversicherungsamt eingetroffen und entleert worden, so daß also auch die Rekursschrift erst am 11. März 1913 in den „Dienstraum" des Reichsversicherungsamts gelangt ist. Ferner kann nicht davon die Rede sein, daß der 10. März 1913 als „allgemeiner" Feiertag im Sinne des § 222 Abs. 3 ZPO. zu gelten hätte, da für diesen Tag nur Bestimmungen für Behörde und Schulen getroffen worden sind, während auf „allgemeine" Feiertage auch die allgemeinen Vorschriften über Sonntagsruhe zutreffen müssen.

(Breithaupt.)

Für Ersatzstreitigkeiten aus §§ 49, 50 Abs. 3 JVG., die nach dem 1. Januar 1912 anhängig geworden sind, gilt das Verfahren nach der Reichsversicherungsordnung.

Entscheidung des **Preuß. Oberverwaltungsgerichts** vom 6. Oktober 1913.

Die Auffassung des Bezirksausschusses, daß die Verwaltungsgerichte zur Entscheidung des vorliegenden Streites noch zuständig gewesen seien, ist eine rechtsirrtümliche. Um das darzutun, genügt ein Hinweis auf das Erkenntnis des Senats vom 1. April 1913 — III. C. 156. 12. — (Preuß. Verwaltungsblatt Jahrgang 34 Seite 584). In ihm ist des näheren dargelegt worden, daß grundsätzlich gemäß Art. 85 Einf.Ges. zur Reichsversicherungsordnung für alle nach dem 1. Januar 1912 anhängig gewordenen Streitigkeiten aus dem unter die §§ 49, 50 Abs. 3 JVG. fallenden Rechtsverhältnisse das Verwaltungsstreitverfahren ausgeschlossen und nur das Verfahren nach der Reichsversicherungsordnung offen ist, gleichviel ob das

Digitized by Google

streitige Rechtsverhältnis schon vor dem 1. Januar 1912 einen abgeschlossenen Inhalt erhalten hat oder zum Teil auch durch später eingetretene Tatumstände beeinflußt wird, und gleichviel, ob für die materielle Beurteilung des streitigen Rechtsverhältnisses das alte oder das neue Recht anzuwenden ist. Auch ist dort ausgesprochen worden, daß eine Streitsache im Verwaltungsstreitverfahren nach § 63 LVG. durch Einreichung der Klage bei dem zuständigen Gericht anhängig wird.

B. Zur Krankenversicherung.

Die Satzung kann die Wählbarkeit nicht einschränken.

Beschluß des **Reichsversicherungsamts** vom 20. Dezember 1913.

In § 40 Abs. 4 der Satzung der Beschwerdeführerin ist folgende Bestimmung aufgenommen worden: „Wählbar als Vertreter der Versicherten in den Vorstand sind nur Mitglieder, die zur Zeit der Wahl mindestens drei Jahre ununterbrochen der Kasse mit Stimmrecht angehört haben. Dieselbe Bestimmung findet Anwendung auf die Wählbarkeit in den Ausschuß, doch ist bei ihr nur die einjährige Mitgliedschaft erforderlich." Dieser Bestimmung hat die Beschlußkammer nach § 324 Abs. 2 RVO. die Genehmigung versagt. Sie hält eine solche im Gesetze nicht vorgesehene Einschränkung der Wählbarkeit für gesetzlich unzulässig. Gegen die Entscheidung der Beschlußkammer hat die Beschwerdeführerin rechtzeitig die Beschwerde eingelegt. Die Beschwerde ist nicht begründet. Der Beschlußsenat ist der Ansicht der Beschlußkammer darin beigetreten, daß die Reichsversicherungsordnung die Voraussetzungen für die Wählbarkeit zu den Organen der Versicherungsträger erschöpfend geregelt hat.

Im ersten Buche der Reichsversicherungsordnung — in den §§ 12 bis 14 — finden sich eingehende Vorschriften darüber, welche Voraussetzungen für die Wählbarkeit zu den Organen der Versicherungsträger im allgemeinen und für alle Zweige der Versicherung gleichmäßig vorhanden sein müssen. Zu diesen Vorschriften treten dann bei den einzelnen Zweigen der Versicherung noch weitere Vorschriften hinzu, welche die Wählbarkeit regeln (§§ 327, 328, 331, 332, 333, 338, 339, 340, 341, 457, 517, 523, 687, 859, 1030, 1031, 1146, 1346, 1351). Ferner wird im Gesetze ein besonderer Fall erwähnt, in dem eine Beschränkung der Wählbarkeit durch die Satzung für zulässig erklärt wird (§ 337 RVO.). Hier ist aber der Tatbestand, der die Satzung zur Beschränkung berechtigen soll, genau umschrieben. Da der Gesetzgeber ausdrücklich in diesem Sonderfalle der Satzung ein Einschränkungsrecht einräumt, muß geschlossen werden, daß die Satzung im übrigen die Wählbarkeit nicht einschränken darf.

Dem steht auch nicht entgegen, daß unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes allgemein angenommen wurde, eine weitergehende satzungsmäßige Beschränkung der Wählbarkeit sei zulässig, und daß infolgedessen die Satzungen vieler Krankenkassen früher einschränkende Bestimmungen enthielten. Gegenüber dem Rechte des Krankenversicherungsgesetzes ist durch die Reichsversicherungsordnung eine Aenderung eingetreten. Schon in der Begründung zum Entwurf einer Reichsversicherungsordnung S. 37, 38 wird hervorgehoben, daß die Frage der Wahl zu den Ehrenämtern der Versicherungsträger einheitlich geregelt werden müsse. Es seien daher auch auf dem Gebiet der Krankenversicherung die für die anderen Zweige der Versicherung geltenden Grundsätze anzuwenden. Hieraus folgt, daß der Gesetzgeber in der Reichsversicherungsordnung eine einheitliche und erschöpfende Regelung hat treffen wollen. Dazu war um so mehr Veranlassung gegeben, als nach der Reichsversicherungsordnung die Generalversammlungen bei den Krankenkassen weggefallen sind, so daß die Rechte der Arbeitgeber und der Versicherten nur im Ausschuß vertreten werden. Es würde aber eine unbillige Beeinträchtigung dieser Rechte sein, wenn die Wählbarkeit über die gesetzlichen Vorschriften hinaus satzungsmäßigen Beschränkungen unterliegen könnte. Diese Unbilligkeit würde dann besonders hervortreten, wenn, wie bei der Errichtung der Betriebskrankenkassen nur der Arbeitgeber die Satzung aufstellt und es daher in sein Ermessen gestellt wäre, in welchem Umfange er die Wählbarkeit der Versicherten einschränken will. Auch diese Erwägungen führen dazu eine satzungsmäßige Beschränkung der Wählbarkeit über das in der Reichsversicherungsordnung ausdrücklich zugelassene Maß abzulehnen. Mit Recht hat daher die Beschlußkammer des Oberversicherungsamts die Satzungsbestimmung, die eine über das im Gesetz zugelassene Maß hinausgehende Beschränkung der Wählbarkeit aussprach, bemängelt.

Digitized by Google

Stillschweigende Lösung des Beschäftigungsverhältnisses bei Einstellung der Arbeit wegen Krankheit.

Bescheid des **Preuß. Oberverwaltungsgerichts** vom 2. Oktober 1913.

Es kommt, wie auch die Parteien und der Bezirksausschuß annehmen, für die Entscheidung allein darauf an, ob der Arbeiter H. am 1. Oktober 1911, an welchem Tage die Firma R. ihren Betriebssitz von Berlin nach Wilmersdorf verlegte, zu dieser Firma in einem Verhältnisse der Beschäftigung gegen Lohn gestanden hat. Die Verneinung dieser Frage durch den Bezirksausschuß läßt eine unrichtige Anwendung des geltenden Rechts nicht erkennen. Auch ein Mangel des Verfahrens, namentlich ein Verstoß gegen die klare Sachlage besteht nicht.

Der Beurteilung zugrunde zu legen sind die eidlichen und einwandfreien Aussagen der Zeugen. Danach ist H. nur vom 18. oder 19. bis zum 23. September 1911 als Gelegenheitsarbeiter für die Firma R. tätig gewesen. Am 23. September hatte er sich eine Handverletzung zugezogen, welche ihm die Weiterarbeit unmöglich machte. Er war ohne Vorbehalt einer Kündigungsfrist angenommen worden. Die Arbeitsstelle wurde nach seinem Fernbleiben sofort anderweitig besetzt. Wenn der Bezirksausschuß unter diesen Verhältnissen, obwohl es an einer ausdrücklichen Entlassung des H. fehlte, festgestellt hat, daß das Beschäftigungsverhältnis vor dem 1. Oktober 1911 sein Ende erreicht habe, so läßt sich dagegen mit der Revision nicht erfolgreich ankämpfen. Der Bezirksausschuß durfte aus den erwiesenen Tatsachen den Schluß ziehen, daß beide vertragschließenden Teile das Beschäftigungsverhältnis als aufgehoben betrachteten und gleichzeitig für eine spätere Zeit die Begründung eines neuen Beschäftigungsverhältnisses in Aussicht nahmen.

Bedeutung einer satzungsmäßigen Wartezeit für Mehrleistungen.

Entscheidung des **Preuß. Oberverwaltungsgerichts** vom 28. November 1912.

In dem § 21 Abs. 2 des Statuts der Beklagten ist festgesetzt, daß in Unterstützungsfällen, die innerhalb der ersten acht Wochen der Mitgliedschaft eintreten, geringere als die in den vorhergehenden Paragraphen im allgemeinen vorgesehenen Kassenleistungen zu gewähren sind. Hierzu ist bereits in dem zwischen denselben Parteien ergangenen Urteil des Senats vom 6. Dezember 1909 — III. C. 91. 09 — folgendes ausgeführt: Nach den Grundsätzen des Krankenversicherungsgesetzes stehe es in dem Ermessen der Arbeiter, ob sie bei Eintritt einer Krankheit die Unterstützung bei der Kasse in Anspruch nehmen, oder ob sie die Arbeit ohne Inanspruchnahme der Unterstützung fortsetzen mögen. Der gesetzlich oder statutarisch bestimmte Zeitraum, für den die Unterstützung längstens zu gewähren sei, werde nicht von dem Tage an gerechnet, an welchem die Krankheit in einer Art eingetreten sei, die das Mitglied zur Inanspruchnahme der Krankenunterstützung berechtigt haben würde, sondern erst von dem Tage ab, von dem ab es die Krankenunterstützung in Anspruch nehme. Erst von diesem Tage ab liege ein Unterstützungsfall im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes vor. Daß unter dem „Unterstützungsfall" des § 21 Abs. 2 des Statuts der beklagten Kasse etwas anderes gemeint sei, und das als Eintritt des Unterstützungsfalles in dem dort angegebenen Sinne der Eintritt einer zur Inanspruchnahme der Unterstützung berechtigten Krankheit auch dann gelten solle, wenn das Kassenmitglied von der Inanspruchnahme einer Unterstützung abgesehen und die Arbeit fortgesetzt habe, ohne die Gewährung einer Unterstützung zu beanspruchen, könne den Wortlaut des § 21 Abs. 2 des Statuts nicht entnommen werden. An dieser Auslegung des Statuts hält der Senat fest. Danach kommt es nicht darauf an, ob der Fritz P. innerhalb acht Wochen nach seinem am 19. Mai 1910 erfolgten Beitritt zur Kasse in einer ärztlichen Behandlung erfordernden Weise erkrankt ist, sondern ob er innerhalb dieses Zeitraumes oder erst nach dessen Ablauf kassenärztliche Behandlung erhalten hat.

Anmerkung: Die Entscheidung steht im Widerspruch mit der herrschenden Auffassung von der Bedeutung der Wartezeit (Hahn Anm. 3a zu § 26 KVG. und Anm. 2 zu § 207 RVO. mit Anm. 1 zu § 208; Hoffmann Anm. 11 zu § 26 KVG. und Anm. 3 zu § 208 RVO.) und wohl auch mit der eigenen Entscheidung des Gerichtshofs vom 14. Dezember 1891 Entsch. 22 S. 358, Arb.-Versorgg. 1892 S. 203, die sich freilich auf die Karenzzeit für freiwillig Beitretende bezieht.

Inwiefern sind Reisespesen eines Geschäftsreisenden Teil des Entgelts?

Entscheidung des **Badischen Verwaltungsgerichtshofs** vom 17. September 1913.

Mit dem Reisezuschuß von täglich 6 M. hatte der Beklagte — abgesehen von den besonders zu vergütenden Eisenbahnfahrkosten 3. Klasse — den ganzen übrigen Reiseaufwand (Auslagen für Wohnung und Beköstigung, Trinkgelder, Gepäckbeförderung, Straßenbahn usw., sowie den durch die Reise vermehrten Aufwand für Kleidung und Wäsche) zu bestreiten. Der Gerichtshof ist zur Ueberzeugung gelangt, daß dieser Reisezuschuß zur Deckung der Reiseauslagen nicht hinreichte, der Beklagte vielmehr genötigt war, hierzu noch einen Teil seines übrigen Einkommens zu verwenden, und zwar mindestens den Betrag, den er am Wohnort im Haushalt seiner Mutter für Kost

Digitized by Google

und Wohnung gebraucht haben würde. Der Reisezuschuß diente unter diesen Umständen ausschließlich zur Deckung des mit der Reise verbundenen Mehraufwands, wurde also ganz im Interesse des Dienstherrn verwendet und hat daher bei der Feststellung des Arbeitsverdienstes auszuscheiden.

Verlassen des Kassenbezirks mit Erlaubnis des Kassenarztes.

Entscheidung des **Badischen Verwaltungsgerichtshofs** vom 16. September 1913.

Der Kassenarzt hat lediglich als behandelnder Arzt dem dringenden Verlangen der Klägerin, sich in ihre Heimat zu ihren Eltern zu begeben, endlich zugestimmt, da er mit Rücksicht auf die Besserung im Zustand der Klägerin gegen eine Uebersiedelung in der von ihm empfohlenen Art und Weise keine Bedenken mehr hatte. Der Kassenarzt war gar nicht ermächtigt, der Klägerin als Kassenmitglied die Erlaubnis zu geben, sich aus dem Kassenbezirk zu entfernen und an ihrem künftigen Aufenthalt einen Nichtkassenarzt auf Kosten der Kasse in Anspruch zu nehmen. Er hätte auch durch Ueberschreitung seiner Befugnisse die Kasse zur Uebernahme der in der Folge entstandenen besonderen Kosten (der Ueberführung mittels eines Autos und der auswärtigen ärztlichen Behandlung) rechtsverbindlich nicht verpflichten können.

Entscheidungen des Reichsversicherungsamts [1]).

Das Reichsversicherungsamt ist auch zuständig für eine Beschwerde, die sich gegen eine vom Vorsitzenden des Oberversicherungsamts verfügte Änderung des satzungsmäßigen Namens einer Ortskrankenkasse richtet. Zu einer solchen Verfügung ist der Vorsitzende nicht zuständig (1786).

Die Lohnstufen des § 180 Abs. 2 RVO. sind so zu berechnen, daß der für einen Zeitraum gewährte Gesamtlohn durch die Zahl der wirklichen Arbeitstage geteilt; der Umstand, daß die Kasse das Krankengeld nach § 191 Abs. 1 RVO. allgemein auch für Sonn- und Feiertage zubilligt, rechtfertigt es nicht, bei Ermittlung des Grundlohnes für die nur an Wochentagen beschäftigten Versicherten die Sonn- und Feiertage den Arbeitstagen gleichzustellen (1787).

Wenn in einer Satzung das Krankengeld allgemein für Sonn- und Feiertage zugebilligt wird (§ 191 Abs. 1 RVO.), so dürfen die zu gewärtigenden Mehrausgaben nicht dadurch gedeckt werden, daß auch für die Sonn- und Feiertage Beiträge erhoben werden (§ 1788).

Die Krankengeldwartezeit kann nach § 191 Abs. 2 RVO. auch allgemein für alle Krankheiten verkürzt oder beseitigt werden. — Hebammendienste und ärztliche Geburtshilfe können nach § 198 RVO. nicht auch den Versicherungsberechtigten zugebilligt werden. — § 383 RVO. darf durch die Satzung nicht dahin eingeengt werden, daß bei Arbeitsunfähigkeit für die Dauer der Krankenhilfe, nur soweit sie volle Kalenderwochen umfaßt, keine Beiträge zu entrichten seien (1789).

Eine Satzungsbestimmung, die gegen die guten Sitten verstößt (§ 138 BGB.) darf nicht genehmigt werden; die Einführung einer Wartezeit von mehreren Monaten für Mehrleistungen (§ 208 RVO.) ist aber niemals ein solcher Verstoß. — Wenn das Oberversicherungsamt die Festsetzung eines Pauschbetrags in der Satzung nach § 21 Abs. 3 RVO. nicht genehmigt, so ist die Beschwerde hiergegen nach § 324 Abs. 3 unzulässig (1790).

Die in § 215 Abs. 2 RVO. vorgesehene Beschränkung der Kassenleistungen gilt nicht für sämtliche freiwillige Mitglieder, sondern nur für die freiwillig beitretenden (1791).

Der Vorsitzende des Vorstandes kann nicht gleichzeitig Vorsitzender des Ausschusses sein und auch nicht durch die Satzung zur Leitung der Verhandlungen des Ausschusses berufen werden (1792).

Das Wahlrecht zu den Organen der Krankenkassen kann nur in Person ausgeübt werden (1793).

Eine Beschränkung der Wählbarkeit zu den Kassenorganen durch die Satzung ist unzulässig (1794).

Erachtet das Oberversicherungsamt nur eine *Nebenbestimmung* der Satzung einer am 1. Januar 1914 ins Leben tretenden Ortskrankenkasse für unzulässig, so kann es die Satzung mit der Maßgabe genehmigen, daß die Bestimmung wegzufallen habe. Eine Kasse, die Familienhilfe gegen Zusatzbeiträge gewährt, kann für den Fall der Nichtzahlung oder nicht rechtzeitigen Zahlung der Zusatzbeiträge den Wegfall des Anspruchs auf Familienhilfe bestimmen (1795).

Steht die Unzulänglichkeit der Beiträge bereits fest, so ist die im § 385 Abs. 3 RVO. geforderte sachverständige Nachprüfung nicht erforderlich (1796).

Die Satzung kann nicht die freiwillig Beitretenden allgemein, ohne Rücksicht auf die Lohnhöhe, *einer* Lohnstufe zuteilen. — Werden den Beitretenden beschränkte Leistungen gewährt, so *müssen* die Beiträge entsprechend ermäßigt werden. — Die Beiträge der unständig Beschäftigten sind stets nach dem Ortslohne besonders festzusetzen. — Den Vertretern der Versicherten darf nicht statt Ersatzes für Arbeitsverdienst ein höher bemessener Betrag für bare Auslagen gewährt werden. — Eine Satzungsbestimmung, daß beim Mangel der erforderlichen Übereinstimmung beider Gruppen im Ausschuß das Versicherungsamt zu entscheiden habe, ist unzulässig.

[1]) Heft 12 der Amtl. Nachr. (vom 15. Dezember 1913). — Alle hier mitgeteilten Entscheidungen sind als „grundsätzliche" bezeichnet.

Digitized by Google

C. Zur Unfallversicherung.

Uebertritt von Baggereiarbeitern in einen bei der Seeberufsgenossenschaft versicherten Betrieb verneint.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Hamburg** vom 20. Februar 1913.

Auf Grund eines Schleppvertrags vom September 1911 hatte die vereinigte Bugsier- und Frachtschiffahrtsgesellschaft in Hamburg für die Firma Gebr. G. in Düsseldorf den Bagger G. G. 17 von Wilhelmshaven nach Esbjerg und den Bagger G. G. 19 von Esbjerg nach Emden durch den Schlepper Atlas, Kapitän H., zu transportieren. Als Begleitmannschaft wurden von der Vereinigten Bugsier- und Frachtschiffahrtsgesellschaft zwei Mann (Mew. und Mey.) gestellt. In Esbjerg befanden sich als von der Firma Gebr. G. gestellte Leute an Bord des nach Emden zu schleppenden Saugbaggers G. G. 19 der Maschinist Ros. und die Heizer Rom. und J. Es waren dies Angestellte im Baggereibetriebe, den die Firma Gebr. G. in Esbjerg in Dänemark unterhält. Am 27. September 1911 wurde die Schlepptour nach Emden angetreten. Wegen zunehmender See entschloß sich der Kapitän des Schleppers Atlas, H., umzukehren und nach Graaf-Tief zurückzukehren. Dort blieb der Schleppzug bis zum 30. September 1911 liegen. Mit dem Schlepper der Firma G. Josephine, der für den Kessel des Baggers frisches Wasser brachte, verließen Mew. und Mey. den Bagger, weil sie ihn nicht für seetüchtig hielten, so daß an Bord des Baggers nur Maschinist Ros. und die Heizer Rom. und J. zurückblieben. Hiervon setzte H. seine Reederei in Kenntnis und empfahl, Mew. und Mey. laufen zu lassen und mit den drei noch an Bord befindlichen Leuten die Reise fortzusetzen. Hierzu gab die Gesellschaft mit der Maßgabe ihre Einwilligung, daß sich der Kapitän hierüber mit dem Esbjerger Vertreter der Firma G. in Verbindung setze. Dies geschah. Auf der Fahrt nach Emden ist am 1. Oktober 1911 der geschleppte Bagger gesunken. Hierbei fanden der Maschinist Ros. und die beiden Heizer ihren Tod. Nach einem Schreiben der Firma Gebr. G. sollen sich, nachdem Mew. und Mey. die Weiterfahrt mit dem Bagger verweigert hatten, der Maschinist Ros. und ein Heizer freiwillig als „Runner" gemeldet haben, und sie sollen vom Kapitän des Atlas für diesen Dienst angenommen sein. — Die Schuhmacherfrau Bertha L. geb. Ros. hat als Vormünderin des Sohnes des verunglückten Ros. Anspruch auf Gewährung der gesetzlichen Hinterbliebenenrente erhoben. Dieser ist von der Seeberufsgenossenschaft mit der Begründung abgelehnt worden, daß der klägerische Vater nicht in einem bei der Seeberufsgenossenschaft versicherten Betriebe verunglückt sei; vielleicht komme die Tiefbauberufsgenossenschaft in Frage. Im Berufungsverfahren brachte Klägerin ein Schreiben der Tiefbauberufsgenossenschaft bei, nach welchem auch diese eine Entschädigungspflicht ablehnte, weil die Düsseldorfer Firma mit ihrem in Dänemark stationierten Betriebe nicht bei ihr versichert sei. Ein vom Oberversicherungsamt beim Reichsversicherungsamt beantragtes Verfahren nach § 73 Abs. 2 GUVG. wurde abgelehnt, weil bereits ein berufungsfähiger Bescheid vorliege. Als eventuell entschädigungspflichtig wurde die Tiefbauberufsgenossenschaft beigeladen. Nach Erhebung weiterer Beweise wies das Oberversicherungsamt durch rechtskräftig gewordenes Urteil die Berufung mit folgender Begründung ab: Unbestrittenermaßen gehörte der Maschinist Ros. nicht zu derjenigen Mannschaft, welche von der Vereinigten Bugsier- und Frachtschiffahrtsgesellschaft für die Schlepptour gestellt worden war, vielmehr stand Ros. im Dienste der Firma Gebr. G. und kam erst in Esbjerg an Bord des Baggers G. G. 19. Die Voraussetzungen also, unter denen nach § 32 Abs. 3 GUVG. eine Berufsgenossenschaft Unfälle in fremden Betrieben zu entschädigen hat, treffen in dem hier vorliegenden Falle nicht zu. — Es war ferner die Frage zu erörtern, ob etwa der Maschinist Ros. in einen bei der Seeberufsgenossenschaft versicherten Betrieb übergetreten ist. Es kann nämlich auch eine ganz vorübergehende Hilfeleistung den diese Leistenden während ihrer Dauer zu einem Arbeiter in dem Betriebe machen, sei es, daß er vom Unternehmer selbst oder etwa in dessen Abwesenheit von dessen Betriebsbeamten oder Arbeitern dazu herangezogen wird. Nun wird zwar von der Firma Gebr. G. behauptet, Ros. sei nach dem Ausscheiden der Mew. und Mey. von dem Kapitän H. angenommen worden; H. hat indes bei seiner gerichtlichen Vernehmung diese Tatsache ausdrücklich eidlich in Abrede gestellt mit dem Bemerken, er habe hierzu gar keine Veranlassung gehabt. H. hat auch insbesondere weder dem Maschinisten Ros. noch den Heizern Rom. und J. irgendeine Vergütung zugesagt. Diese Leute mußten, wie allgemein üblich, zum Zwecke des Lenzhaltens der Pumpen einen Kessel in Betrieb halten. Dagegen waren sie nicht etwa für die Navigierung des Saugbaggers G. G. 19 erforderlich, hatten insbesondere auch auch nicht etwa auf die Schlepp-

Digitized by Google

vorrichtung zu achten; denn diese war so befestigt, daß es einer besonderen Wartung nicht bedurfte. Da der Bagger nur als Schleppschiff fortbewegt werden konnte, war auch nicht etwa eine Bedienung des Steuerruders in Betracht zu ziehen. Selbst wenn also Kos. tatsächlich irgendwie Hilfe sollte geleistet haben, so würde doch nicht anzunehmen sein, daß eine derartige, durchaus nicht erforderliche Hilfe dem mutmaßlichen Willen des abwesenden Unterehmers entsprochen haben würde und für dessen Betrieb als ein förderliches Eingreifen hätte angesehen werden können. Zu vgl. Handb. der Unfallvers., Bd. III, S. 56, 57. Bei dieser Sachlage konnte der geltend gemachte Anspruch nicht für begründet erachtet werden, ohne daß es versicherungsrechtlich auf eine Auslegung der Schleppbedingungen, unter denen der Schleppvertrag geschlossen wurde, ankäme; diese hatten nur für die zivilrechtlichen Beziehungen der Parteien Interesse. Dem Rechtsmittel war somit der Erfolg zu versagen. (Breithaupt).

Unfälle bei Festlichkeiten der Betriebsarbeiter können als Betriebsunfälle nur anerkannt werden, wenn der Betrieb die Festlichkeit veranstaltet, nicht aber, wenn die Arbeiter es tun.

Revisionsentscheidung des **Reichsversicherungsamts**, vom 7. Mai 1913.

Im vorliegenden Falle hat sich die Beteiligung des Betriebs darauf beschränkt, daß er für den Tag des Barbarafestes eine Feierschicht eingelegt, einen Beitrag an Geld für die Feier geleistet und geduldet hat, daß für das Böllerschießen Pulver unter den Mitgliedern der Belegschaft gesammelt worden ist. Veranstaltet ist das Fest dagegen nicht von der Betriebsleitung, sondern wie üblich von der Belegschaft. Nach den Feststellungen des Vertrauensmannes der Beklagten war auch das Abschießen der Böller für die Beteiligten ein Privatvergnügen. Die Grubenverwaltung hat keinen Auftrag dazu gegeben, und das Abschießen soll auch nicht auf Grubenterrain, also auf der Betriebsstätte, sondern in K. stattgefunden haben. Das Gegenteil hat der Kläger selbst nicht behauptet. Bei diesen Verhältnissen kann nicht angenommen werden, daß er bei der unfallbringenden Tätigkeit im versicherten Betriebe der Grube beschäftigt gewesen ist (zu vgl. Handbuch der Unfallversicherung 3. Aufl. Bd. I S. 105, Anm. 46 letzter Absatz zu § 1 GUVG.).

Entscheidungen des Reichsversicherungsamts[1]).

Eine gesetzliche Pflicht der Berufsgenossenschaften zum Ersatze des Schadens, der durch Zerstörung eines künstlichen Gebisses bei der Betriebsarbeit verursacht ist, besteht nicht (2666).

Eine unter der Herrschaft der Reichsversicherungsordnung in Kraft getretene Bestimmung der Satzung einer Berufsgenossenschaft, die eine für die Berechtigten günstigere Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes als gemäß §§ 936, 938 RVO. zum Inhalt hat, ist nicht eine „Vorschrift der Reichsversicherungsordnung" im Sinne des Art. 60 Einf.Ges. und hat somit keine rückwirkende Kraft (2667).

Mittelbares Arbeitsverhältnis der Ehefrau eines Hofmanns zum Rittergutspächter bei der Besorgung der vom Ehemann übernommenen Bespeisung von Gutsknechten (2668).

Versuch eines Arbeiters, den eben erst angefahrenen Wagen der elektrischen Straßenbahn zu besteigen, keine solche Fahrlässigkeit, daß der Unfall nicht mehr dem Betriebe zugerechnet werden könnte (2669).

Unterschied zwischen einem gewöhnlichen Leistenbruch und den „Hernie en W."; wahrscheinlicher Zusammenhang der anstrengenden Arbeit mit dem Bruchaustritt und dem Tode (2670).

Unrichtige Belehrung des Berufungsklägers durch das Oberversicherungsamt als wesentlicher Mangel des Verfahrens (2671).

Mit der Uebergabe der Rekursschrift an den Führer des Aktenwagens des Reichsversicherungsamts ist der Schriftsatz noch nicht beim Reichsversicherungsamt eingegangen (2672).

Wenn beim Halten des Fahrzeugs eine an sich zum Kreise der versicherungspflichtigen Personen gehörige Arbeitskraft mit gewisser Regelmäßigkeit beschäftigt wird, so ist sie versichert, gleichgültig, ob sie hierbei mit einer mehr oder minder gefährlichen Tätigkeit betraut wird oder in der Hauptsache eine versicherungsfreie Tätigkeit versieht (2673).

Versicherungspflicht der von Mitgliedern einer Kirchengemeinde zum Vergrößerungsbau der Kirche ohne rechtlichen Zwang, aber zur Vermeidung von Zwangsumlagen verrichteten Bauarbeiten (2674).

Polizeiliche Maßnahmen auf Bauten sind keine Bauarbeiten im Sinne der Reichsversicherungsordnung (2675).

Versicherungspflicht des Haltens eines Kraftfahrzeugs durch einen Oberpostdirektor, daß ein Arbeiter einer Elektromobilfabrik reinigt und schmiert (2676).

---

[1]) Heft 12 der Amtl. Nachr. (vom 15. Dezember 1913). — Die Entscheidungen 2666, 2667 sind als „grundsätzliche" bezeichnet.

Digitized by Google

Versicherungspflicht der Fuhrwerkshaltung eines Zollinspektors, die hauptsächlich zur Ausführung von Dienstreisen bestimmt ist (2677).

Versicherungspflicht der Fahrzeughaltung von Aerzten (2678).

Die mit dem Unternehmen der Viehkommissionäre usw. verbundenen Betriebe zur Behandlung und Handhabung der Ware und zur Beförderung von Gütern gemäß § 537 Abs. 1 Nr. 10 und 11 RVO. sind versicherungspflichtig, wenn das kaufmännische Unternehmen über den Umfang des Kleinbetriebs hinausgeht (2679).

Unterschlägt der Vollstreckungsbeamte die im Auftrag der Berufsgenossenschaft zwangsweise eingezogenen Beträge, so ist der Schuldner befreit (2680).

Wenn den Konsularbehörden bei Erledigung von Ersuchen Uebersetzungskosten erwachsen, so sind das Auslagen, die von der Berufsgenossenschaft zu ersetzen sind (2681).

Ist durch die Satzung die Vertretung der Berufsgenossenschaft vor dem Versicherungsamt und dem Oberversicherungsamte der Sektionen überwiesen, so hat diese die im Streitverfahren der Berufsgenossenschaft auferlegten außergerichtlichen Kosten zu tragen (2682).

Verlängerung der Amtsdauer der Vertreter der Versicherten für die Unfallverhütung (2683).

Ob Rückstände nach § 28 Abs. 3 RVO. nur unter der besonderen Voraussetzung des § 61 Ziff. 1 der Konkursordnung das Vorrecht haben, ist im Streitfalle nur im ordentlichen Gerichtsverfahren nach § 28 Abs. 3 RVO. zu entscheiden (2684).

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Der Kinderzuschuß (§ 1291 RVO.) ist auch dann zu gewähren, wenn der Empfänger der Invalidenrente von seiner Familie getrennt lebt und für den Unterhalt seiner Kinder nicht gesorgt hat.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 7. Januar 1914 — II a 3034/13.

Durch Bescheid der Landesversicherungsanstalt vom 11. Juni 1913 ist dem Kläger vom 6. Juni 1912 ab eine Invalidenrente in Höhe von monatlich 17,45 M. zugebilligt worden. Obwohl der Kläger Kinder unter 15 Jahren hat, ist bei Berechnung der Rente deren Erhöhung um den in § 1291 RVO. vorgesehenen Kinderzuschuß nicht erfolgt. Die Beklagte hält die Vorschrift des § 1291 a. a. O. nicht für anwendbar, weil der Kläger von seiner Familie getrennt lebt und für den Unterhalt seiner Kinder nicht gesorgt hat. Gegen diesen Bescheid hat der Ortsarmenverband sowohl im eigenen Namen wie als Bevollmächtigter des Klägers rechtzeitig Berufung eingelegt. Es wird beantragt, die dem Kläger bewilligte Rente um zwei Zehntel zu erhöhen.

Die Landesversicherungsanstalt hat gebeten, die Sache wegen ihrer grundsätzlichen Bedeutung zur Entscheidung an das Reichsversicherungsamt abgegeben. Diesem Antrage hat das Oberversicherungsamt durch Beschluß vom 7. August 1913 entsprochen, auf dessen Begründung ebenso wie auf den Inhalt der Parteischriftsätze verwiesen wird.

Es war, wie geschehen, zu entscheiden.

Da es sich bei dem Antrag auf Gewährung des Kinderzuschusses lediglich um die Höhe der Rente handelt — zu vgl. Revisionsentscheidung 1650, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1912 S. 1183 —, so ist die Revision vorliegendenfalls unzulässig. Da ferner eine noch nicht festgestellte Auslegung gesetzlicher Vorschriften von grundsätzlicher Bedeutung in Frage steht, so sind die Voraussetzungen gegeben, unter denen die Abgabe einer in der Berufungsinstanz schwebenden Sache an das Reichsversicherungsamt nach § 1693 RVO. zu erfolgen hat — zu vgl. auch Revisionsentscheidung 1654, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1912 S. 1185 —.

Nach § 1291 RVO. erhöht sich, wenn der Empfänger einer Invalidenrente Kinder unter 15 Jahren hat, die Rente für jedes dieser Kinder um ein Zehntel bis zu dem höchstens anderthalbfachen Betrage. Der Wortlaut dieser Vorschrift macht also die Gewährung des Kinderzuschusses lediglich davon abhängig, daß der Rentenempfänger, wie es hier der Fall ist, Kinder unter 15 Jahren hat. Allerdings ist der Zweck der Aufnahme des § 1291 in die Reichsversicherungsordnung zweifellos der gewesen, die Notlage der Kinder erwerbsunfähiger Personen zu vermindern und im Interesse der Wehrfähigkeit und der volkswirtschaftlichen Wohlfahrt Deutschlands die gesundheitliche Verkümmerung eines Teils der heranwachsenden Jugend zu verhüten. Dies ergibt sich nicht nur aus der Natur der Sache, sondern ist auch bei Beratung des genannten Paragraphen in der Reichstagskommission ausdrücklich ausgesprochen worden — zu vgl. Kommissionsbericht 4. Buch, Drucksachen des Reichstages, 12. Legislaturperiode 2. Session 1909 bis 1911 Nr. 946 S. 103 —. Gegenüber dem klaren Wortlaut des Gesetzes genügt dieser Umstand aber nicht, um die Gewährung

Digitized by Google

des Kinderzuschusses an die Voraussetzung zu knüpfen, daß der Rentenempfänger den Unterhalt seiner Kinder bisher bestritten hat. Vielmehr erscheint eine solche Einschränkung um so weniger zulässig, als in anderen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung der Anspruch auf Leistungen der Versicherungsträger ausdrücklich von der Voraussetzung abhängig gemacht wird, daß der Rentenberechtigte seine Angehörigen ganz oder überwiegend aus seinem Arbeitsverdienst unterhalten hat, so in §§ 216 Nr. 1 und 1312 Abs. 2 RVO. Uebrigens findet sich auch in anderen neuen Gesetzen die gleiche Unterscheidung. So wird in § 33 des Gesetzes über einen einmaligen außerordentlichen Wehrbeitrag vom 3. Juli 1913 — Reichsgesetzblatt 1913 S. 505 ff. — die Ermäßigung des Beitrags für das dritte und jedes folgende Kind an die Voraussetzung geknüpft, daß der Beitragspflichtige Kindern auf Grund gesetzlicher Verpflichtung Unterhalt gewährt. Das gleiche wird in § 27 des Besitzsteuergesetzes vom 3. Juli 1913 — Reichsgesetzblatt 1913 S. 524 ff. — für die Ermäßigung der Besitzsteuer vorgeschrieben. Mangels einer solchen ausdrücklichen Einschränkung in § 1291 RVO. muß der Kinderzuschuß somit allen Rentenempfängern, die Kinder unter 15 Jahren haben, bewilligt werden, ohne Rücksicht darauf, ob sie den Kindern Unterhalt gewähren bzw. gewährt haben oder nicht. Die gleiche Ansicht wird in den Kommentaren zur Reichsversicherungsordnung von Hanow-Lehmann — dritte Auflage, Anm. 2a zu § 1291 RVO. — und Düttmann — Anm. 3 zu § 1291 — geäußert. Uebrigens hat das Reichsversicherungsamt auf dem Gebiete der Unfallversicherung bei Auslegung des § 16 GUVG. bereits den Standpunkt vertreten, daß der Anspruch der Witwe und der Kinder auf Hinterbliebenenrente nicht dadurch berührt werde, daß sie schon seit längerer Zeit nicht mehr von dem verstorbenen Versicherten unterhalten worden sind — zu vgl. Handbuch der Unfallversf. S. 293, Anm. 1 zu § 16 GUVG. — Zudem entspricht die unterschiedslose Gewährung des Kinderzuschusses an alle Rentenempfänger, die Kinder unter 15 Jahren haben, auch dem praktischen Bedürfnisse. Denn einmal wird die durch § 1601 begründete Unterhaltspflicht des Vaters gegenüber seinen Kindern durch seine Erwerbsunfähigkeit rechtlich nicht aufgehoben; er hat vielmehr alle verfügbaren Mittel zu seinem, seiner Ehefrau und seiner Kinder Unterhalt gleichmäßig zu verwenden — zu vgl. BGB. § 1603 —. Der Umstand, daß, wie vorliegendenfalls, ein in seiner Erwerbsfähigkeit Beschränkter vor der Rentenbewilligung sich von seiner Familie ferngehalten und für den Unterhalt seiner Kinder nicht gesorgt hat, schließt die Möglichkeit nicht aus, daß er nach der durch die Rentenbewilligung erfolgten Erhöhung seiner Einnahmen seiner Unterhaltungspflicht nachkommt. Ferner kann eine fortdauernde Ueberwachung der Rentenempfänger in der Richtung, ob sie ihre gesetzliche Unterhaltspflicht gegenüber ihren Kindern erfüllen, nicht Aufgabe der Landesversicherungsanstalten sein. Hiernach war der Bescheid der Versicherungsanstalt vom 11. Juni 1913 dahin abzuändern, daß die dem Kläger gewährte Invalidenrente von jährlich 209,32 M. sich mit Rücksicht auf seine beiden Kinder unter 15 Jahren um zwei Zehntel = 41,86 M., also auf jährlich 251,18 M. oder 20,95 M. monatlich erhöht.

Katasterzögling als Lehrling im Sinne des § 1226 RVO.; Gratifikation von 20 M. monatlich als ein die Versicherungspflicht begründender Barlohn.

Entsch. des **Königl. Oberversicherungsamts Arnsberg** vom 18. September 1913.

Der von dem Steuerinspektor K. in O. als Katasterzögling beschäftigte H. bezieht eine monatliche Vergütung von 20 M. Der Arbeitgeber bestritt die Versicherungspflicht, da er diese Vergütung freiwillig, ohne daß H. einen Anspruch darauf habe, lediglich zur Anerkennung seines Fleißes und, um ihn zu noch größerem Eifer anzuspornen, bewilligt habe. H. habe eine dreijährige Lehrzeit durchzumachen. Bei seinem Eintritt sei ihm bedeutet worden, daß er während der Lehrzeit feste Bezüge nicht zu erwarten habe. Bei zufriedenstellenden Leistungen würde er aber eine kleine monatliche Gratifikation von 5—15 M. erhalten.

Das von der Versicherungsanstalt zur Entscheidung gemäß § 1459 RVO. angerufene Versicherungsamt in O. hat die Versicherungspflicht verneint. Der Betrag von 20 M. monatlich sei unter Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse und der Lebensumstände der Beteiligten nur als geringfügig anzusehen und für den Empfänger nicht von nennenswerter wirtschaftlicher Bedeutung. Der Vater lebe als pensionierter Postschaffner in geordneten Verhältnissen, ein Sohn sei Geistlicher und der hier in Betracht kommende Sohn Franz H. beabsichtige, Katasterzeichner und damit Beamter zu werden, und würde diesen Beruf nicht eingeschlagen haben, wenn ihm nicht anderweitige ausreichende Unterhaltungsmittel zur Verfügung ständen. Der erwähnte Betrag von 20 M. monatlich gelte daher nach der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts nicht als Entgelt im Sinne der §§ 160, 1226 RVO., vielmehr sei anzunehmen, daß er, wie auch der Arbeitgeber angebe, mehr geschenkweise zur Anerkennung und Anspornung der Tätigkeit des Empfängers sowie zur Bestreitung gewisser geringerer Bedürfnisse des täglichen Lebens gegeben werde. Nach der Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 10. Juli 1909 in einem gleichartigen Falle seien Katasterzöglinge erst mit einer Barvergütung von 30 M. monatlich versicherungspflichtig.

Die Versicherungsanstalt hat in ihrer Beschwerde beim Königl. Oberversicherungsamt A. hervorgehoben, daß die angeführte Entscheidung des Reichsversicherungsamts nicht von maßgebender Bedeutung sei, weil sie amtlich nicht veröffentlicht ist.

Das Oberversicherungsamt hat die Entscheidung des Versicherungsamts aufgehoben und den Katasterzögling H. für versicherungspflichtig erklärt mit folgender Begründung:

Digitized by Google

Zunächst unterlag es der Prüfung, ob Katasterzöglinge als Lehrlinge im Sinne des § 1226 Ziff. 1 RVO. anzusehen sind. Das Oberversicherungsamt hat diese Frage bejaht. Als Lehrling ist anzusehen, wer zum Zwecke seiner Fachausbildung in ein Beschäftigungsverhältnis getreten ist. Ein Lehrvertrag ist ebensowenig erforderlich wie die Verabredung eines Lehrgeldes. Diese Begriffsbestimmung trifft auf das Verhältnis der Katasterzöglinge zu dem Vorsteher des Katasteramtes zu. Die Zeit der Ausbildung stellt sich für die Katasterzöglinge als reine Lehrzeit dar, wie auch in der angefochtenen Entscheidung ausdrücklich hervorgehoben wird, daß H. eine dreijährige „Lehrzeit" durchzumachen habe. Die Bezeichnung „Katasterzögling" ist also nur eine andere Bezeichnung für denselben Begriff „Lehrling".

Kann demnach der Katasterzögling als „Lehrling" im Sinne des § 1226 Ziff. 1 RVO. angesehen werden, so bedarf es nur noch der Prüfung, ob die dem H. gewährte monatliche Vergütung von 20 M. als Entgelt im Sinne des § 160 RVO. anzusehen ist. Auch diese Frage ist im Gegensatz zu der Auffassung des Versicherungsamtes O. zu bejahen. Das Versicherungsamt irrt, wenn es annimmt, daß eine monatliche Vergütung von 20 M. zu geringfügig sei, um als Lohn oder Entgelt angesehen zu werden. Mit Recht hebt die Beschwerdeführerin hervor, daß dieser Betrag für den Zögling in O. von erheblicher Bedeutung sei, zumal er ein Drittel des für jugendliche Personen in O. festgesetzten Ortslohnes übersteige. Aber auch im übrigen erfüllt die Vergütung den Lohnbegriff. Sie wird zwar freiwillig gegeben, aber schon die Tatsache, daß sie regelmäßig monatlich gewährt wird und bei zufriedenstellenden Leistungen der Zögling auch mit einer gewissen Sicherheit auf sie rechnen kann, läßt erkennen, daß die Vergütung nicht mehr geschenkweise — wie das Versicherungsamt O. annimmt — gezahlt wird, sondern als Entgelt für geleistete Arbeit anzusehen ist.

Hiernach rechtfertigt sich die getroffene Entscheidung, die nach § 1459 RVO. endgültig ist.

Anmerkung: Das Reichsversicherungsamt hatte bisher dem Lehrlingsbegriff für das Invalidenversicherungsrecht eine engbegrenzte Anwendung gegeben, nämlich nur im Gebiete des Gewerbes, einschließlich des Handelsgewerbes, sowie etwa noch im Gebiete der Landwirtschaft. Insbesondere Katasterzöglinge waren nicht als Lehrlinge angesehen worden (Entsch. 1288 Amtl. Nachr. 1906 S. 643). Hiervon weicht die vorstehende Entscheidung ab, und es bleibt abzuwarten, ob das Reichsversicherungsamt gleichfalls Anlaß nehmen wird, seine bisherige Auffassung aufzuheben, wenn es nach § 1459 Abs. 2 § 1799 RVO. in die Lage kommen sollte, über die Frage zu entscheiden. In die Krankenversicherung sind durch § 165 Abs. 2 jetzt „Lehrlinge aller Art" einbezogen; es wird sich darum handeln, ob nicht auch für die Invalidenversicherung, bei der eine entsprechende Fassung freilich fehlt, gleichwohl dieselbe Auffassung des Lehrlingsbegriffs wie bei der Krankenversicherung geboten ist. — Zu bemerken ist für die Krankenversicherung noch, daß Lehrlinge auch dann versicherungspflichtig sind, wenn sie kein Entgeld erhalten, daß sie dann aber keinen Anspruch auf Krankengeld haben (§ 165 Abs. 2, § 494).

Freiwillig Versicherte können auf die Fortsetzung der Tätigkeit, die sie bisher seit längerer Zeit betrieben haben, verwiesen werden.

Grundsätzliche Entscheidung des **Sächsischen Landesversicherungsamts** vom 22. Februar 1913.

Der Erwerb der Klägerin durch Wollelesen und Kinderwarten beruhte auf einer Arbeitstätigkeit im Sinne des Gesetzes. Dabei ist unerheblich, daß die Klägerin nicht mehr Fabrikarbeit zu verrichten imstande war. Denn es kommt nur darauf an, ob sie überhaupt durch eine Tätigkeit, für die eine allgemeine Nachfrage besteht, die Verdienstgrenze erreichen konnte (Amtl. Nachr. 1903 S. 389, Nr. 1054). Diese Tätigkeit kann auch eine selbständige Arbeit und braucht nicht eine versicherungspflichtige zu sein; der Verdienst durch Kinderwarten ist deshalb bei der Feststellung der Erwerbsfähigkeit mit zu berücksichtigen.

Die von der Beklagten angezogenen Revisionsentscheidungen 1280 und 1348 stehen dem Anspruche der Klägerin nicht entgegen. Nach Nr. 1280 darf dem invaliden Lohnarbeiter die Rente nicht unter Verweisung auf die (angeblich den Wiedereintritt der Erwerbsfähigkeit begründende) selbständige Erwerbsfähigkeit — Gemüsehandel — entzogen werden; das entspreche nicht dem Zwecke des Gesetzes (Sicherstellung gerade der unselbständigen Arbeiter), sei unbillig und tatsächlich nicht durchführbar. Nach Revisionsentscheidung 1348 ist es unzulässig, die Erwerbsunfähigkeit einer Schneiderin, die bis dahin stets in den Wohnungen der Kunden arbeitete, durch Verweisung auf die selbständige gewerbliche Betätigung als Schneiderin zu verneinen. Dagegen kann eine Person, die schon seit drei Jahren als selbständige Näherin tätig gewesen war, also nur noch vermöge freiwilliger Versicherung zu dem Kreise der Versicherten gehört hatte, unbedenklich auf die Fortsetzung derjenigen Art der Tätigkeit verwiesen werden, die sie bisher seit längerer Zeit betrieben hatte, weil für sie die Fortsetzung dieser Tätigkeit keine Verschiebung der wirtschaftlichen Lage bedeutete.

Digitized by Google

Tagesspesen eines Versicherungsagenten.

Entscheidung des **Bad. Verwaltungsgerichtshofs** vom 8. Mai 1913.

Nach der Auffassung des Gerichtshofs ist anzunehmen, daß der Agent die Tagesspesen von 6 M. durch die auswärtige Beköstigung und durch den mit der Reisetätigkeit verbundenen erhöhten Aufwand an Kleidung und Wäsche in der Tat aufwendet und nennswerte Ersparungen an Geld aus den Tagesspesen nicht machen kann. Andererseits sind jedoch die Tagesspesen als eine Entschädigung für Auslagen des Agenten insoweit nicht anzusehen, als sie ihm bei Ausübung seiner Tätigkeit freien Unterhalt bieten, denn der Wert des freien Unterhalts ist bei Berechnung des Arbeitsverdienstes an sich zu berücksichtigen. Von diesem Gesichtspunkte aus ist dem Arbeitsverdienste ein Teil der Tagesspesen zuzuschlagen, der jedoch nach Ansicht des Gerichtshofs nach den persönlichen Verhältnissen des Agenten, der bei auswärtiger Tätigkeit zu Hause seine Familie zu verköstigen hat, nicht höher als auf etwa ein Viertel bemessen werden kann, denn der durch die Beköstigung der Familie erwachsende Aufwand wurde nfolge der Abwesenheit des Hausherrn in erheblicherem Umfang wohl nicht beeinflußt.

Entscheidungen des Reichsversicherungsamts [1]).

Nach Art 71 Abs. 2 Einf.Ges. z. RVO. haben die Hinterbliebenen des Versicherten nur dann keinen Anspruch auf Fürsorge, wenn der Versicherte vom 1. Januar 1912 ab bis zu seinem Tode dauernd invalide gewesen ist. Unerheblich ist es, wenn er diese Zeit hindurch zu Unrecht eine Rente für dauernde Invalidität bezogen hat (1776).

Streit über die Rechtsgültigkeit der Uebertragung von Rentenansprüchen im Falle des § 119 Abs. 2 RVO. ist von den ordentlichen Gerichten zu entscheiden (1777).

Die niedrigere Rente ruht nach § 1318 RVO. auch dann, wenn eine Doppelwaise einen doppelten Anspruch auf Waisenrente hat (1778).

Ein Verfahren über einen Anspruch auf Witwengeld kann einem Verfahren über einen Anspruch auf Invaliden-, Alters-, Witwen- oder Witwerrente im Sinne des § 1444 Abs. 2 RVO. nicht gleichgestellt werden. — Beiträge, die das Versicherungsamt nach Ablauf der Verjährungsfrist des § 29 Abs. 1 RVO. beigetrieben, und welche die Versicherungsanstalt angenommen und verwendet hat, obwohl sie den Fristablauf kannte oder kennen mußte, sind als rechtswirksam entrichtet, anzusehen (1779) [1]).

In der Einziehung von Beiträgen durch eine — wenn auch nicht von der Versicherungsanstalt selbst eingerichtete — Einzugsstelle ist ein die Versicherungsanstalt bindendes Anerkenntnis im Sinne des § 1445 Abs. 2 Satz 2 RVO. zu erblicken (1780).

Der Verzicht des Vertreters der Versicherungsanstalt im Termine zur mündlichen Verhandlung vor dem Versicherungsamt auf die Abgabe eines Gutachtens (§ 1623 RVO.) ist bedeutungslos (1781).

Wenn das Revisionsgericht in einer nach § 1693 Abs. 1 RVO. abgegebenen Sache die Revision für zulässig erachtet, ist der Abgabebeschluß durch einen mit Gründen versehenen Beschluß des Senats aufzuheben und die Sache an das Oberversicherungsamt zurückzugeben. — Der Abgabebeschluß der Spruchkammer des Oberversicherungsamts ist mit der Begründung den Parteien zuzustellen (1782).

Die Entscheidung des nach § 1713 Abs. 1 Satz 2 RVO. angerufenen Senats des Reichsversicherungsamts über die Rechtmäßigkeit der Verwerfung des Rechtsmittels durch Verfügung des Vorsitzenden ergeht nach öffentlicher und mündlicher Verhandlung (1783).

Das Oberversicherungsamt hat zwar freies Ermessen ob es im Falle des § 1690 RVO. von der Zurückverweisung Gebrauch machen will; hierfür ist aber kein Raum, wenn ein wesentlicher Mangel des Verfahrens überhaupt nicht vorliegt (1784).

§ 1727 Abs. 2 Satz 2 RVO. gilt auch, wenn nur ein in der Revisionsinstanz erlassenes Urteil angefochten wird. Ist kein Anfechtungsgrund vorhanden, so gilt die Regel des § 1727 Abs. 1 (1785).

Versicherungspflicht von Zeitungsausträgern. — Mittelbares Arbeitsverhältnis der von ihnen angenommenen Hilfskräfte zum Zeitungsverlage (1798).

Das Versicherungsamt ist nach § 1617 RVO. befugt, im vorbereitenden Verfahren behufs Erneuerung einer Quittungskarte Ermittlungen anzustellen; die Barauslagen fallen unter § 59 Abs. 2 RVO. (1799).

Versicherungspflicht eines Leichenbestellers in Thüringen (1800).

Darlehen an Landeskreditkassen sind keine Anleihen im Sinne der §§ 718 Abs. 1, 1356 Abs. 1 RVO. (1801).

Zur örtlichen Zuständigkeit der Quittungskartenausgabestellen (1802).

---

[1]) Heft 12 der Amtl. Nachr. (vom 15. Dezember 1913). — Die Entscheidungen 1776—1783 und 1798, 1799 sind als „grundsätzliche" bezeichnet.

[1]) Obwohl das Versicherungsamt außerhalb der Fälle des § 1462 RVO. an sich nicht zuständig ist, Beiträge beizutreiben.

Digitized by Google

E. Zur Angestelltenversicherung.

Gang und Stand des Heilverfahrens bei der Angestelltenversicherung.

Aus einem in der „Angestelltenversicherung" 1913 S. 267 ff. im Auszuge wiedergegebenen Referat des Regierungsrates Dr. med. Franz teilen wir folgendes mit:

Für Unterbringung tuberkulöser Kranker und solcher, die einer Behandlung in einem Sanatorium bedürfen, stehen der Reichsversicherungsanstalt 31 Heilstätten und 29 Sanatorien zur Verfügung, die so ausgewählt sind, daß sie den bezüglich der Heilanstaltsversorgung unserer Kranken gestellten Anforderungen Genüge leisten.

Von diesen Anstalten vermögen allerdings nur wenige eine größere Zahl von Patienten (über 50) aufzunehmen. Ein Verzeichnis der Anstalten wird, nachdem noch einige Lücken in dem Netz ausgefüllt worden sind, voraussichtlich im April dieses Jahres veröffentlicht werden können.

Als Unterlagen für die ärztliche Auslese der für ein Heilverfahren geeigneten Fälle aus der Zahl der eingehenden Anträge werden gefordert: eine kurze Bescheinigung des behandelnden Arztes und ein Gutachten eines Vertrauensarztes, dem die Bescheinigung des behandelnden Arztes vorzulegen ist.

Die Anträge auf Gewährung von Heilverfahren fließen der Reichsversicherungsanstalt auf verschiedenen Wegen zu. Die Mehrzahl der Anträge wird direkt an die Reichsversicherungsanstalt gerichtet. Dieser Weg ist derjenige, der die schnellste Erledigung sichert, wobei in keiner Weise die Mitarbeit der Vertrauensmänner und Ortsausschüsse, die insbesondere bei Ermittlungen für die Bearbeitung von Heilverfahrensanträgen wertvolle Dienste zu leisten vermögen, abgelehnt werden soll. Nach Feststellung der Zugehörigkeit zur Angestelltenversicherung und der erfolgten Beitragsleistung in der Beitragsabteilung, unter Umständen auch einer Nachprüfung der Versicherungspflicht durch die Rechtsabteilung, erfolgt die Revision der ärztlichen Atteste durch die beratenden Aerzte und die Entscheidung über die so vorbereiteten Anträge. In Groß-Berlin werden die vertrauensärztlichen Funktionen bisher von den beratenden Aerzten der Reichsversicherungsanstalt wahrgenommen.

Die geschäftsmäßige Bearbeitung der Anträge erfordert stets eine gewisse Zeit, und zwar muß zurzeit bei glattem Geschäftsgang vom Eingang des Antrages bis zu seiner Genehmigung mit einer Frist von drei bis vier Wochen, im Falle einer Ablehnung von zwei bis drei Wochen gerechnet werden. Verzögerungen treten besonders häufig dadurch ein, daß viele Antragsteller in der Einsendung angeforderter Unterlagen sehr säumig sind. Die Zahl der täglich eingehenden Anträge belief sich in den Hochsommermonaten auf 120—165, seit Mitte Oktober auf 45—55. Es wird daher verständlich sein, daß die angegebene Zeit im Sommer notgedrungen eine gewisse Verlängerung erfahren muß. Großer Wert wird von der Reichsversicherungsanstalt darauf gelegt, daß bei genehmigten Anträgen die Zeit zwischen der Zustellung der Gewährung und der Einberufung in das Heilverfahren möglichst kurz ist; aber auch hier bieten die für Heilverfahren von den Antragstellern bevorzugten Sommermonate, z. B. bei Lungenheilstättenkuren Schwierigkeiten, denen auch in Zukunft nicht in allen Fällen wird sofort begegnet werden können.

Bei Bearbeitung der Heilverfahrensanträge sind folgende Punkte von besonderer Wichtigkeit: Anträgen auf nachträgliche Bewilligung für ohne Genehmigung der Reichsversicherungsanstalt begonnene oder durchgeführte Heilverfahren kann nicht entsprochen werden, da derartige Kuren meist ohne wirklich zwingenden Grund, vielfach nur um eine selbstgewählte Heilanstalt zu kommen, angetreten sind. Fast ausnahmslos können solche Fälle, bei denen ein sofortiges ärztliches Handeln erforderlich ist, z. B. Infektionskrankheiten und andere akute Erkrankungen (akute Blinddarm- und Gallenblasenerkrankung, akute Ohren- und Augenentzündung usw.) sowie Unfälle überhaupt nicht Gegenstand eines Heilverfahrens im Sinne des § 36 AVG. sein, da hier überwiegend und in erster Linie das Leben bedroht ist, während die Erhaltung des versicherten Gutes, der Berufsfähigkeit, erst an zweiter Stelle in Frage kommt. Aufgabe der Reichsversicherungsanstalt kann es nicht sein, für die den Krankenkassen obliegenden Leistungen einzutreten oder im Falle von Krankheiten der erwähnten Art bei solchen Versicherten, die keiner Krankenkasse angehören, die mangelnde rechtzeitige materielle Vorsorge für den etwaigen Eintritt einer Krankheit zu ersetzen. Sogenannter Erholungsaufenthalt im Rahmen des üblichen Sommerurlaubs entspricht nicht den Voraussetzungen für die Gewährung eines Heilverfahrens. Ferner können Heilverfahren in Heilanstalten, Bädern und Kurorten außerhalb des Deutschen Reichsgebietes nicht gewährt werden, da in deutschland allen Krankheitsanzeigen in ausreichender Weise genügt werden kann. Eine Ausnahme ist die Inanspruchnahme von Karlsbad, wohin im Hinblick auf seine günstige Lage für Ost- und Mitteldeutschland Patienten in besonderen Fällen gesandt werden.

Digitized by Google

Die Leistungen der Reichsversicherungsanstalt bei Kuren in Heilanstalten, Bädern und Sanatorien bestehen neben der Gewährung freier Reise unter Einschluß des etwaigen Schnellzugszuschlages entweder in der Uebernahme der vollen Kurkosten oder der Bewilligung eines Zuschusses in angemessener Höhe. Bei solchen Kranken, die Barbezüge aus der reichsgesetzlichen Arbeiterversicherung erhalten (Krankengeld, Rente), steht der Reichsversicherungsanstalt während eines Heilverfahrens bei Gewährung von Hausgeld eine Kürzung desselben in Höhe der erwähnten Barbezüge zu, worauf sie jedoch vorerst verzichtet, da die Art der Heilanstaltsversorgung gewisse kleine Aufwendungen erheischt, die von der Reichsversicherungsanstalt nicht erstattet werden können.

Auch bei den gemäß § 390 AVG. von der eigenen Beitragsleistung befreiten Personen macht die Reichsversicherungsanstalt von der Befugnis, ein Heilverfahren einzuleiten, Gebrauch. Ueber die Gewährung der Heilfürsorge und den Umfang wird, wie auch sonst, von Fall zu Fall entschieden.

Bei Anträgen auf Zahnheilverfahren, die in ständig wachsender Zahl eingehen, übernimmt die Reichsversicherungsanstalt im Falle der Bewilligung von den bei angemessener Ausführung notwendigen Kosten einen Zuschuß in Höhe von einem Drittel bis zur Hälfte des berechneten Betrages. Hierbei ist Voraussetzung, daß es sich um einen größeren Zahnersatz handelt. Bei Anträgen auf Gewährung sog. größerer Heilmittel wie künstlicher Gliedmaßen, Stützkorsetts, Beinschienen wird gleichfalls ein angemessener Zuschuß nach Lage des einzelnen Falles bewilligt. Kosten für sog. kleine Heilmittel, wie Bruchbänder, Brillen einfacher Art, Gummistrümpfe, Plattfußeinlagen und Plattfußschuhe werden nicht übernommen. Nachkuren, wie sie vielfach im Anschluß an ein Heilverfahren beantragt und bisweilen auch ärztlich empfohlen werden, werden im allgemeinen nicht bewilligt, da derartige Kuren sich in bezug auf sachgemäße Durchführung meist der erforderlichen Kontrolle entziehen. Auch muß billigerweise verlangt werden, daß die Versicherten im Rahmen ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit auch ihrerseits zur Erhaltung ihrer Gesundheit und Berufsfähigkeit beitragen.

Die für die Ablehnung eines Heilverfahrens maßgebenden Gründe können aus grundsätzlichen Erwägungen weder dem Antragsteller noch dritten Personen bekannt gegeben werden.

Ebenso wie bei den Vertrauensmännern und Ortsausschüssen ist auch eine direkte Benachrichtigung der Krankenkassen über ihren Mitgliedern gewährte Heilverfahren nicht möglich. Die Versicherten werden jedoch auch hier in jedem Falle durch einen allgemeinen Vermerk auf die erforderlichen Meldungen vor Beginn des Heilverfahrens bei der Krankenkasse hingewiesen. Auf Wunsch werden von der Reichsversicherungsanstalt Bescheinigungen über die Dauer des Heilverfahrens für Krankenkassenmitglieder ausgestellt. Die Beibringung der zur Erlangung von Krankengeld erforderlichen ärztlichen Bescheinigungen muß den Versicherten überlassen bleiben, insbesondere kann die Reichsversicherungsanstalt einen Zwang auf die Aerzte der von ihr in Anspruch genommenen Heilanstalten zur gebührenfreien Ausstellung dieser Atteste nicht ausüben.

Von dem Bau eigener Anstalten wird vorläufig zweckmäßig abzusehen sein, um noch weitere Erfahrungen auf dem neuen Gebiete der Mittelstands-Heilfürsorge zu sammeln. Hierbei sei hingewiesen auf die mit Unterstützung der Reichsversicherungsanstalt für Mittelstandskreise errichteten und überwiegend mit kranken Versicherten belegten Sanatorien in Hohenlychen (Kaiserin-Auguste-Viktoria-Sanatorium für lungenkranke Frauen aus dem Mittelstande) und in Fürstenberg i. Meckl. (Sanatorium Stadtschloß Fürstenberg für Nichtlungenkranke beiderlei Geschlechts).

F. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Zur Pflicht des Verletzten, sich einer Operation zu unterziehen.

Urteil des **Reichsgerichts** vom 30. Mai 1913.

Der durch einen Unfall Verletzte, welcher Schadenersatzansprüche gegen ein Rechtssubjekt aus dem erlittenen Unfall herleiten kann, muß sich gegebenenfalls einer Operation unterwerfen, wenn begründete Aussicht besteht, daß dadurch seine Erwerbsunfähigkeit total oder teilweise behoben wird. Es besteht also insoweit eine Operationspflicht des Verletzten. Wie weit diese geht und unter welchen Voraussetzungen sie eintritt, wird in weitesten Kreisen, vor allem aber bei Berufsgenossenschaften, Versicherungsgesellschaften und in größeren Betrieben hervorragendes Interesse finden. Es sei deshalb auf nachstehende Ausführungen des 3. Zivilsenats des Reichsgerichts verwiesen, denen folgender Tatbestand zugrunde lag: Ein gewisser X. hatte einen Unfall erlitten, durch den ihm der kleine Finger der rechten Hand verletzt worden war. Die beklagte Firma Sch. macht geltend, daß der Kläger X. den Schaden nicht, oder doch zum

Digitized by Google

größten Teil nicht erlitten haben würde, wenn er sich den unbrauchbar gewordenen kleinen Finger der rechten Hand ganz oder doch zum Teil operativ hätte entfernen lassen, weil dadurch seine Erwerbsunfähigkeit ganz oder wenigstens teilweise gehoben worden wäre. Das Oberlandesgericht Düsseldorf war auf diesen Einwand nicht eingegangen. Hierüber beschwerte sich die Revision der Beklagten, auf die nun das Reichsgericht ausführte: In der Rechtswissenschaft ist in der Zeit vor Eintritt der Geltung des Bürgerlichen Gesetzbuches die Meinung herrschend gewesen, es könne niemals einem Verletzten zum Verschulden gereichen, wenn er mit Rücksicht auf sein freies Recht zur Bestimmung über die Unversehrtheit seines Körpers es ablehne, sich, um den Umfang der Schadenersatzpflicht eines anderen zu mindern, einer Operation zu unterziehen. Mit Recht haben indessen in neuerer Zeit und namentlich unter der Herrschaft des Bürgerlichen Gesetzbuches Wissenschaft und Rechtsprechung diese einseitige, lediglich die Rechtslage des Verletzten berücksichtigende Auffassung verlassen. Jenes freie Selbstbestimmungsrecht des Verletzten über seinen Körper muß seine Grenzen finden, wo sich seine Ausübung lediglich als Eigensinn oder als rücksichtslose, selbstsüchtige Ausnutzung der Haftung des Schadenersatzpflichtigen darstellt. Es darf nicht dazu gebraucht werden, um den Verletzten, dessen Erwerbsfähigkeit durch eine gefahrlose und ohne nennenswerte Schmerzen auszuführende Operation wiederhergestellt werden würde, die Mittel zur Führung eines arbeitslosen Lebens zu sichern. Das gebietet die Rücksicht auf Treu und Glauben, eines Grundsatzes, unter dem auch die Ausübung des Rechts auf Ersatz eines erlittenen Schadens steht. Daraus ergeben sich folgende Forderungen, die an die Begründung des Einwandes zu stellen sind, der Verletzte habe es unterlassen, durch eine Operation seine Erwerbsfähigkeit ganz oder teilweise wiederherstellen zu lassen: Zunächst muß die Operation nach dem Gutachten von Sachverständigen gefahrlos sein, und zwar in dem Sinne, wie überhaupt nach dem jeweiligen Stande der ärztlichen Wissenschaft von einer Gefahrlosigkeit gesprochen werden kann, d. h. soweit nicht unvorhersehbare Umstände eine Gefahr bedingen. Damit scheiden alle Operationen aus, die im Gegensatze zu der bloßen örtlichen Unempfindlichmachung nur in der Chloroformnarkose vorgenommen werden können, weil bei solchen die Möglichkeit eines tödlichen Ausganges mit Sicherheit trotz sorgfältigster vorheriger Untersuchung der Körperbeschaffenheit des Leidenden im voraus nicht auszuschließen ist, wie dies auch der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts entspricht. Die Operation darf ferner nicht mit nennenswerten Schmerzen verknüpft sein, weil dem Verletzten, der überhaupt nur durch eine von dem Schadersatzpflichtigen zu vertretende Tatsache in die Lage gebracht worden ist, sich besonderen Maßnahmen zur Wiederherstellung seiner Erwerbsfähigkeit zu unterwerfen, nach Treu und Glauben nicht zugemutet werden kann, zu diesem Behufe auch noch beträchtliche Schmerzen auf sich zu nehmen. Sodann muß die Ausführung der Operation eine beträchtliche Besserung der Leistungsfähigkeit des Verletzten nach dem Gutachten von Sachverständigen mit Sicherheit erwarten lassen, also entweder eine völlige Wiederherstellung oder wenigstens eine sehr erhebliche Steigerung seiner Erwerbsfähigkeit. Endlich muß der Schadenersatzpflichtige dem Verletzten zu erkennen gegeben haben, entweder er sei bereit, die Operation auf seine Kosten an geeigneter Stelle und durch sachkundige Personen zu erwirken oder die Kosten für eine solche vorzuschießen, die dann der Verletzte selbst zu erwirken hat. Denn da lediglich der Verletzte oder der sonst für die Folgen der Verletzung Haftbare schadenersatzpflichtig ist, ist der Verletzte, der im übrigen, soweit möglich, geheilt ist, nicht gehalten, nur um den Umfang der Ersatzpflicht des Haftbaren zu mindern, auch noch irgendwie erhebliche Mittel aus seinem Vermögen zur Durchführung einer Operation aufzuwenden. Weigert sich einem diesen Anforderungen entsprechenden Verlangen des Schadenersatzpflichtigen gegenüber der Verletzte, sich auf die ihm angesonnene Operation einzulassen, so erwächst jenem hieraus allerdings nunmehr ein rechtsvernichtender Einwand gegen den Schadenersatzanspruch insoweit als anzunehmen ist, daß infolge der Ausführung der Operation die Erwerbsfähigkeit des Verletzten gesteigert oder völlig wiederhergestellt worden wäre, und es ist dann dessen Sache, im Wege der Replik die besonderen Gründe darzulegen, die ihn davon abgehalten haben, sich der Operation zu unterwerfen. Dies ist der Standpunkt des Reichsgerichts, das hier in klarer und überzeugender Weise die Interessen beider Parteien abwägt. Das Reichsgericht fügt übrigens noch hinzu, daß etwaige ungünstige Folgen der Operation unter allen Umständen von dem Ersatzpflichtigen mit zu vertreten sind, so daß auch insoweit die Interessen des Verletzten gewahrt bleiben.

(Jur. Wochenschr. 1913 S. 975).

Digitized by Google

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Musterdienstordnung für Krankenkassen nach Beschlüssen des Tarifausschusses.

Der Tarifausschuß des Hauptverbandes der deutschen Krankenkassen (Dresden) und des Verbandes der Bureauangestellten (Berlin) hat, veranlaßt durch das Vorgehen von Landesbehörden, eine Umarbeitung der auf Grund der Beschlüsse von 1912 zunächst aufgestellten Musterdienstordnung vorgenommen. Dabei handelte es sich um redaktionelle Aenderungen und darum, den Aufbau der Dienstordnung den behördlichen Musterdienstordnungen möglichst anzupassen. Aus einem Uebersendungsschreiben an die Kassen teilen wir zunächst folgendes mit: „Unsere Dienstordnung geht von dem Grundsatz aus, die Selbstverwaltung der Kassen nicht noch weiter einschnüren zu lassen zugunsten der Aufsichts- und Eingriffsbefugnisse der Behörden. Sowohl in behördlichen Dienstordnungen als auch in privaten Meinungsäußerungen von hohen Regierungsbeamten sind nämlich Auffassungen über Auslegung der gesetzlichen Bestimmungen zutage getreten, die den schwersten Angriff auf die Selbstverwaltung bedeuten. So sieht beispielsweise die vom Preußischen Handelsministerium entworfene Musterdienstordnung einen Prüfungsausschuß für die Angestellten vor, der aus einem Vorstandsmitgliede, einem Angestelltenvertreter und einem vom Versicherungsamt zu ernennenden Vorsitzenden bestehen soll; dieser Prüfungsausschuß würde für die Praxis nichts anderes bedeuten, als daß nur noch mit Genehmigung des Versicherungsamtes ein Angestellter gewählt werden könne. Diese mit der Selbstverwaltung der Kassen ganz unvereinbare Besetzung des Prüfungsausschusses wird vorgeschlagen, obwohl man sich auch in ministeriellen Bureaus sagen muß, daß hierfür jede gesetzliche Grundlage fehlt und daß auch die kühnste Auslegung der diesbezüglichen Stellen in § 352 nicht ausreicht, um in solchem Instrument den Weg für den Nachweis der fachlichen Befähigung zu bauen.

Von nicht minder grundsätzlicher Bedeutung und von bedenklichster Tragweite ist die behördliche Auslegung des § 359 Abs. 1 RVO. Auch hier versucht man dem Gesetze eine Auslegung zu geben, die mit der Regierungsbegründung zum Entwurf der Reichsversicherungsordnung und mit den abgegebenen Erklärungen von Regierungsvertretern in der Reichstagskommission in unlösbarem Widerspruche steht. Man hält es nach § 359 Abs. 1 für angängig, auch die gegen Kündigung Angestellten zu Staatsbeamten zu machen, wenn sie pensionsberechtigt (‚also mit Anrecht auf Ruhegehalt') angestellt sind." Aus der Dienstordnung selbst heben wir folgende, vom amtlichen preußischen Muster (Arb.-Versorgg. 1914 S. 14) wesentlich abweichenden Vorschriften hervor:

Befähigungsnachweis.

§ 5.

Die Bewerber und Anwärter (Hilfsarbeiter) haben für die dauernde (etatmäßige) Anstellung nachzuweisen, daß sie nicht mehr aktiv militärdienstpflichtig sind. Diese Anstellung soll in der Regel nicht vor dem vollendeten [21., 23.] Lebensjahre erfolgen; Krankenkontrolleure, Beitragssammler und Kassenboten sollen in der Regel das 25. Lebensjahr vollendet haben.

Die dauernde Anstellung kann nur erfolgen, wenn die fachliche Befähigung für die Stelle erwiesen ist. Dieser Nachweis wird erbracht:

a) durch eine bei der Kasse geleistete erfolgreiche 2[1] jährige Probedienstzeit, die in Leistung und Führung befriedigt, oder
b) durch das Dienstzeugnis über eine mehrjährige befriedigende Tätigkeit in einer ähnlichen Stellung.

Bei leitenden Stellen und solchen mit größerer Verantwortlichkeit kann außerdem die Ablegung einer schriftlichen Prüfung oder in der Stelle eine Probedienstzeit bis zu sechs Monaten gefordert werden.

Ob die Befähigung vorliegt, entscheidet der Vorstand.

Anstellung.

§ 6.

Die dauernde (etatmäßige) Anstellung erfolgt unter Beachtung der Vorschriften in § 349 RVO. durch schriftlichen Vertrag. Darin sind anzugeben:

a) die Kündigungsfrist,
b) die Gruppe, zu welcher der Angestellte gehört,
c) das Dienstalter im Kassendienst [und die im Falle der Erwerbung des Ruhegehaltsanspruchs etwa anzurechnende frühere Dienstzeit],
d) das Grundgehalt, der für den Eintritt der Dienstalterszulagen maßgebende Tag (Besoldungsdienstalter), der Betrag der Dienstalterszulagen, der Zeitpunkt ihrer Fälligkeit und das Endgehalt.

Eine Ausfertigung des Dienstvertrags nebst der Dienst- und Besoldungsordnung sind dem Angestellten bei der Anstellung gegen Empfangsbestätigung auszuhändigen; die Stempelkosten für den Dienstvertrag trägt die Kasse. Die Bestimmungen des vorstehenden Absatzes finden bei Aenderungen der Dienstordnung und des Dienstvertrages entsprechend Anwendung.

Beamte.

§ 7.

Der Vorstand kann mit Genehmigung des Oberversicherungsamts Angestellte in geschäftsleitenden Stellen lebenslänglich anstellen; die in dieser Weise Angestellten sind Beamte im Sinne des § 359 Abs. 1 RVO.

Ein solcher Beamter hat nach Maßgabe eines dem Anstellungsvertrage beizufügenden Pensionsregulativs Anspruch auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenfürsorge.

Kündigung.

§ 8.

Das Dienstverhältnis der dauernd (etatmäßig) Angestellten kann von jedem Teile mit dreimonatiger Frist gekündigt werden; die Kündigung kann jedoch nur für den Schluß eines Kalendervierteljahrs erfolgen.

Die Kündigung ohne Einhaltung der Kündigungsfrist kann erfolgen, wenn ein wichtiger Grund vorliegt.

Als wichtiger Grund gilt auch die dauernde Dienstunfähigkeit. Sie liegt vor, wenn der Angestellte durch körperliche Gebrechen oder wegen Schwäche seiner körperlichen und geistigen Kräfte zur Erfüllung seiner Dienstpflichten dauernd unfähig ist. Die Dienstentlassung kann aber frühestens nach sechs- (zwölf-) monatiger Dienstunfähigkeit ausgesprochen werden.

Nach einer fünfjährigen Beschäftigung, in die jedoch eine vor vollendetem 21. Lebensjahre liegende Beschäftigungszeit nicht eingerechnet wird, darf einem An-

Digitized by Google

gestellten nur noch aus einem wichtigen Grunde unter Einhaltung der Kündigungsfrist gekündigt werden.

Vorläufige Dienstenthebung.

§ 14.

Vorläufige Dienstenthebung unter Fortgewährung der Dienstbezüge ist zu verfügen, wenn gegen einen Angestellten so erhebliche Anstände vorliegen, daß seine Entlassung in Aussicht steht, und wenn durch die weitere Dienstausübung eine Schädigung der Krankenkasse zu befürchten ist.

Bei Gefahr im Verzuge steht diese Befugnis auch dem Vorsitzenden der Kasse zu. Der Vorsitzende hat aber innerhalb einer Woche die Entscheidung des Vorstandes herbeizuführen.

Dienstbehinderung.

§ 19.

Den Angestellten wird bei Erkrankungen, bei nicht freiwillig übernommenen militärischen Dienstleistungen im Frieden, Ausübung unbesoldeter öffentlicher Ehrenämter, und bei sonstigen Behinderungen, die ohne ihr Zutun eintreten, für sechs Monate nach Beginn der Behinderung weitergezahlt.

An dem Gehalt werden die Beträge gekürzt, die dem Angestellten oder seinen Angehörigen aus der Reichsversicherung gezahlt werden; unverheirateten Angestellten wird für die Dauer einer stationären Behandlung ein Betrag in Höhe des Hausgeldes der zuständigen Krankenkasse gekürzt, auch wenn ein solches nicht gezahlt wird. Bezüge aus einer freiwilligen oder freiwillig fortgesetzten Kassenmitgliedschaft werden nur angerechnet, wenn die Kasse hierfür die vollen Beiträge zahlt.

Dienstpflichten.

§ 22.

Die werktägliche Arbeitszeit beträgt 8 (7) Stunden. Wenn zur Erledigung der laufenden Dienstgeschäfte Ueberarbeit erforderlich ist und angeordnet wird, so ist sie angemessen zu entschädigen; Ueberarbeit ist jedoch möglichst zu vermeiden.

Die Arbeitszeit ist pünktlich einzuhalten. Jede Verspätung ist unter Angabe des Grundes zu melden.

Dienstbehinderung infolge Krankheit ist der Kasse binnen 24 Stunden mitzuteilen; innerhalb 48 Stunden ist die Arbeitsunfähigkeit durch Vorlegung eines ärztlichen Zeugnisses oder des Krankenscheines nachzuweisen.

§ 23.

Der Angestellte hat die ihm übertragenen Arbeiten mit größter Sorgfalt auszuführen; er darf während der Arbeitszeit nur dienstliche Obliegenheiten erledigen.

Den geschäftlichen Anordnungen des Kassenführers ist Folge zu leisten, doch steht dem Angestellten Beschwerde beim Vorstande zu.

§ 24.

Dem Angestellten wird im Verkehr mit dem Publikum ein höfliches Benehmen zur besonderen Pflicht gemacht.

§ 25.

Außerhalb der Kassenräume hat der Angestellte Angelegenheiten der Kasse nur auf ausdrücklichen Auftrag zu erledigen.

§ 26.

Während der Geschäftszeit ist der Genuß von alkoholhaltigen Getränken, das Herbeiholen von Frühstücks- oder Vesperbrot sowie das Rauchen in den Arbeits- und Verkehrsräumen verboten.

Urlaub.

§ 27.

Jedem Angestellten steht alljährlich ein Erholungsurlaub zu, und zwar:

nach einjähriger Beschäftigung 1 Woche,
„ vierjähriger „ 2 Wochen,
„ zehnjähriger „ 3 Wochen.

Die Zeit des Urlaubs, die möglichst im Sommerhalbjahr liegen muß, bestimmt der Vorstand nach Verständigung mit dem Angestellten.

Der Angestellte, dem zur Heilung einer Krankheit oder aus vorbeugenden Gründen die Aufnahme in eine Heilanstalt oder ein mehrwöchiger Landaufenthalt bewilligt worden ist, oder der auf Grund ärztlicher Verordnung eine Badekur gemacht hat oder bei dem eine solche Kur in kurzer Zeit bevorsteht, hat in dem betreffenden Jahre auf den Erholungsurlaub keinen Anspruch, es sei denn, daß durch Zeugnis eines von der Kasse zu bestimmenden Arztes die Notwendigkeit der Beurlaubung nachgewiesen wird.

In dringenden Fällen kann der Kassenführer einen eintägigen, der Vorsitzende einen dreitägigen Urlaub erteilen, der auf den ordentlichen Urlaub nicht angerechnet wird.

Das Gehalt wird ungekürzt weiter gezahlt.

Angestelltenausschuß.

§ 33.

In allen wichtigen, die gesamten oder einen Teil der Angestellten betreffenden Fragen erkennt der Vorstand einen von den Angestellten zu wählenden Angestelltenausschuß als deren Vertreter an, den der Vorstand zu hören und mit dem er zu verhandeln hat.

Die Mitglieder des Ausschusses werden auf ein Jahr in geheimer Wahl gewählt. Der Vorstand stellt erstmalig die Wahlordnung auf. Die Grundsätze der Verhältniswahl sind anzuwenden. Der Vorstand schreibt die im (Januar) jeden Jahres vorzunehmende Wahl unter Einhaltung einer zweiwöchentlichen Frist aus.

Uebergangsbestimmungen.

§ 34.

Für die beim Erlasse der Dienstordnung schon vorhandenen Kassenangestellten gelten die Vorschriften der Art. 34—37 und des Art. 39 Einf.Ges. z. RVO.

Digitized by Google

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und deutlich zu schreiben.

Ersatzanspruch der Kasse und Strafen wegen Nichtmeldung in der Uebergangszeit.

1. Nach Graudenz. Antwort: a) Die Streitsache wegen des Ersatzanspruchs aus § 50 RVG. ist mit Recht an das Versicherungsamt abgegeben, weil es sich um ein nach § 58 RVG. zu erledigendes Verfahren handelt und am 1. Januar 1914 noch nicht entschieden war; für das weitere Verfahren gelten die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (Art. 86 Einf Ges.). Da diese nun aber einen Ersatzanspruch wie § 50 RVG. nicht kennt und folglich ein besonderes Verfahren dafür nicht vorsieht, so hat das Versicherungsamt nach § 1780 im Beschlußverfahren zu entscheiden und es findet nach §§ 1792, 1797 Beschwerde und weitere Beschwerde statt. Der § 1791 kommt nicht in Frage, weil es an einer vorgängigen Entscheidung der Krankenkasse fehlt. Man kann auch nicht etwa sagen, daß die Kasse noch jetzt die Entscheidung aus § 531 Abs. 2 treffen können und müsse. Denn es handelt sich eben nicht um Festsetzung dieser Strafe, sondern um den von der Kasse bereits anhängig gemachten Ersatzanspruch, der — obgleich auch er einen strafähnlichen Charakter hat — doch von ganz anderer Art ist, als die Strafe aus § 531 Abs. 2. Und da überdies die Abgabe der Sache an das Versicherungsamt durch Art. 86 geboten ist, so ist es schon deshalb ausgeschlossen, daß erst noch eine Entscheidung der Kasse erfolgt. Anders läge die Sache, wenn der Anspruch aus § 50 RVG. vor dem 1. Januar noch nicht anhängig gemacht wäre. Dann darf er nach unserer Auffassung überhaupt nicht mehr erhoben werden, auch wenn der Versicherungsfall sich vor dem 1. Januar ereignet hat; vielmehr würde in solchem Falle nach §§ 530, 531 Abs. 2 (§§ 1791, 1792) RVO. zu verfahren sein.

b) Im zweiten Falle handelt es sich um ein eigentliches Strafverfahren, sowohl nach § 80 RVG. als auch nach § 530. Dies Verfahren wird anhängig durch die Strafanzeige (ein Strafantrag im eigentlichen Sinne ist nicht erforderlich). Da die Anzeige erst unter der Herrschaft des neuen Rechts erfolgt ist, ist das von diesem vorgeschriebene Verfahren durchzuführen, d i das Verfahren nach § 530 Abs. 4. Bei der sachlichen Beurteilung ist aber, nach allgemeinen strafrechtlichen Grundsätzen, wegen einer vor dem Inkrafttreten des neuen Rechts begangenen Handlung das mildere Strafgesetz anzuwenden.

§ 50 RVG. in der Uebergangszeit.

2. Nach Pforzheim. Antwort: Wir verweisen auf die vorstehende Auskunft nach Graudenz.

Zur Gesamthaftung der Arbeitgeber bei mehreren gleichzeitigen Beschäftigungsverhältnissen eines Versicherten.

3. Nach Dortmund. Fragen: a) Soll die Vorschrift im § 317 RVO. den Zweck haben, daß die von den verschiedenen Arbeitgebern angegebenen Arbeitslöhne zusammengerechnet und hiernach die für die Zuweisung in eine Lohnklasse maßgebenden Grundlöhne ermittelt werden?

b) Ist es in diesem Falle zulässig, den zu entrichtenden Beitrag von einem der Arbeitgeber, die nach § 396 a. a O. als Gesamtschuldner haften, einzuziehen und es ihm zu überlassen, den Anteil von den übrigen Arbeitgebern einzuziehen? Oder hat die Verteilung seitens des Versicherungsamts nach § 396 Abs. 2 auch auf die Vergangenheit Einfluß?

c) Soll die Bestimmung des § 396 nicht doch nur Anwendung finden auf Versicherte, die gleichzeitig von mehreren Arbeitgebern beschäftigt werden? (Vgl. § 1426 RVO. letzter Satz.)

d) Verneinendenfalls, wie ist das Verhältnis, wenn (z. B. bei einem Halbtagsmädchen) verschiedene Kassen in mehreren Bezirken in Frage kommen? Sind die Kassen verpflichtet, sich von dem Vorhandensein mehrerer Arbeitgeber (vorausgesetzt, daß es überhaupt zu ihrer Kenntnis gelangt) zu benachrichtigen und Feststellungen zu treffen? Wie ist es, wenn beide Arbeitgeber (ohne Kenntnis der gesetzlichen Vorschriften) den ganzen Beitrag (einschl. des Beitragsanteils des Versicherten) an die verschiedenen Kassen entrichten und demnach ein nach § 405 zu entscheidender Streit nicht entsteht?

e) Können Streitigkeiten aus § 309, die nur zwischen den einzelnen Kassen entstehen (s. zu d), auch nach § 405 entschieden werden?

Antwort: Zu a) Nicht aus § 317, sondern aus § 396 ergibt sich, daß allerdings die Löhne, die von den mehreren Arbeitgebern gezahlt werden, zusammenzurechnen sind; denn nur unter dieser Voraussetzung ist es verständlich, daß die Arbeitgeber als Gesamtschuldner für die vollen, d. h. vom Gesamtlohn zu berechnenden Beiträge haften. Vgl. Hahn, Handb. der Krankenverf. S. 561 Anm. 1.

Zu b) Die Kasse kann sich nach Belieben an jeden der Arbeitgeber wegen des vollen Beitrags halten; wer zahlt, kann von den übrigen Ausgleichung verlangen. Das ist ja gerade das Wesen der Gesamtschuld (§§ 421, 426 BGB.). § 396 Abs. 2 bezweckt, beim Mangel einer gütlichen Vereinbarung zwischen den Arbeitgebern das für die Ausgleichung maßgebende Anteilsverhältnis festzustellen. Das Recht, auf die Entscheidung des Versicherungsamts anzutragen, hat auch der Arbeitgeber, der bereits gezahlt hat, so daß die Entscheidung auch für die Vergangenheit wirkt.

Zu c) Der Unterschied in der Fassung des § 396 Abs. 1 und des § 1426, letzter Satz, ist zu beachten. Bei der Invalidenversicherung ist eine alte Streitfrage dahin entschieden, daß die Gesamthaft nur dann gilt, wenn die Tätigkeit des Versicherten gleichzeitig mehreren Arbeitgebern dient, wie z. B. die Bewachung des Grundeigentums mehrerer Besitzer (Begr. S. 429; Hanow-Lehmann Anm. 10 zu § 1426). Das rechtfertigt sich dadurch, daß bei aufeinander folgender Beschäftigung ausdrücklich nur der Arbeitgeber für haftbar erklärt ist, der den Versicherten in der Woche zuerst beschäftigt

Digitized by Google

(§ 1426 Abs. 2 Satz 1). Dergleichen gilt bei der Krankenversicherung nicht. Deshalb genügt es hier, daß gleichzeitig mehrere Arbeitsverhältnisse bestehen (§ 396), wenngleich die Tätigkeit für die verschiedenen Arbeitgeber nicht gleichzeitig, sondern nacheinander stattfindet.

Zu d) Die Rechtslage ist keine andere, wenn verschiedene Kassen in Betracht kommen. Die zuständige Kasse bestimmt sich dann nach § 309. Daß ein geordneter Vollzug in Fällen des § 396 nur durch gegenseitiges Benehmen der mehreren Arbeitgeber untereinander und mit der Kasse zu ermöglichen sein wird, ist schon in einer Entscheidung des Bad. Verwaltungsgerichtshofs (Arb.-Versorgg. 1909 S. 827) hervorgehoben. Kommen dabei mehrere Kassen in Frage, so werden auch sie sich ins Einvernehmen zu setzen haben, um zunächst die Zuständigkeitsfrage nach § 309 zu erledigen, und wir meinen allerdings, daß es zu ihren Pflichten gehört, sich die hierzu erforderlichen Mitteilungen zu machen. Haben die Arbeitgeber, in Unkenntnis der tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnisse, die Beiträge je an ihre Kasse gezahlt, so muß — mindestens auf Antrag eines Beteiligten — noch nachträglich die Feststellung der zuständigen Kasse, die Rückzahlung der überhobenen Beiträge und die Ausgleichung zwischen den Arbeitgebern erfolgen.

d) Sind verschiedene Kassen über ihre Zuständigkeit nach § 309 uneinig, so kann der Streit unmittelbar zwischen ihnen nicht ausgetragen werden, da weder § 258 noch § 405 zutrifft. Nimmt aber eine Kasse einen Arbeitgeber auf Zahlung der Beiträge in Anspruch, so kann er an sie zahlen und, wenn er von der anderen Kasse gleichfalls in Anspruch genommen wird, auf Streitentscheidung nach § 405 Abs. 2 antragen; oder er kann auch gleich der ersten Kasse gegenüber einen solchen Antrag stellen. Dann wird in diesem Verfahren die andere Kasse auf Antrag oder von Amts wegen zugezogen werden oder auch von selbst dem Verfahren beitreten, so daß mittelbar der Streit auch zwischen den beteiligten Kassen zum Austrag kommt (§ 23 Verordg. über Verfahren).

Kassenzugehörigkeit der Heimarbeiter und der Hausgewerbetreibenden. Unterscheidung der beiden Gruppen.

4. Nach G. Antwort: Wenn die Ausbesserinnen als Heimarbeiterinnen zu betrachten sein sollten, so gehören sie der Betriebskrankenkasse an, die für die Fabrik errichtet ist, für welche sie tätig sind. (Vgl. Hahn, Handb. der Krankenversf., Anm. 2 zu § 162 RVO.) Haben sie aber nach § 162 RVO. als Hausgewerbetreibende zu gelten, so sind sie landkrankenkassenpflichtig gemäß § 235 RVO.; nur wenn für den Bezirk ihrer eigenen Betriebsstätte keine Landkrankenkasse besteht, sind sie Mitglied der Allgemeinen Ortskrankenkasse (§§ 237, 466 RVO.). Demnach ist es von Wichtigkeit, zunächst einmal festzustellen, zu welcher Gruppe die Ausbesserinnen gehören. Das läßt sich nur beurteilen, auf Grund genauer Kenntnis der mit ihnen vereinbarten Arbeitsbestimmungen. Die Heimarbeiter nehmen im großen und ganzen dieselbe wirtschaftliche und rechtliche Stellung ein, wie die in der Fabrik beschäftigten Arbeiter, nur daß sie aus mehr äußerlichen Gründen im eignen Heim arbeiten. Die Hausgewerbetreibenden hingegen sind freier gestellt, indem sie selbst den Beginn und das Ende, den Umfang und die Reihenfolge der Arbeit bestimmen (vgl. Hahn a. a. O.). Die Unterscheidung ist in den einzelnen Fällen oft schwierig. Der Umstand, daß die Ausbesserinnen im vorliegenden Falle bisher nicht versichert waren, legt die Vermutung nahe, daß sie Hausgewerbetreibende seien. Die wenigen über sie in Ihrer Anfrage gemachten Angaben geben keinen genügenden Anhalt.

Landkassenpflichtige Mitglieder einer ausgestalteten Allgemeinen Ortskrankenkasse.

5. Nach Bünde. Antwort: Eine nach dem Krankenversicherungsgesetz errichtete Ortskrankenkasse besteht nicht nur dann fort, wenn sie als besondere zugelassen, sondern auch dann, wenn sie zur allgemeinen ausgestaltet wird. Demnach können landkassenpflichtige Mitglieder einer solchen Ortskrankenkasse, die zur allgemeinen ausgestaltet worden ist, deren Mitglieder auch weiterhin nach Art. 29 Einf.Ges. z. RVO. bleiben. Die Anm. 5 zu dieser Vorschrift in Hoffmanns Kommentar, die Kasse könne nur fortbestehen, wenn sie als besondere Ortskrankenkasse zugelassen werde, ist irreführend.

Die Ermäßigung der Kassenbeiträge nach § 420 RVO. kommt auch dem Arbeitnehmer zugute.

6. Nach H. Antwort: Eine Ermäßigung der Beiträge nach § 420 RVO. kommt sowohl dem Arbeitgeber, wie dem Arbeitnehmer zugute; denn es muß auch für die ermäßigten Beiträge die Regel gelten, daß ein Drittel dem Arbeitgeber, zwei Drittel aber dem Arbeitnehmer zur Last fallen. Sollte die Ermäßigung lediglich das Drittel treffen, das von dem Arbeitgeber, der freilich besondere Verpflichtungen im Falle des § 420 auf sich nimmt, zu entrichten ist, so hätte das im Gesetz besonders zum Ausdruck gebracht werden müssen.

Freie Arztwahl und freie Patientenwahl? Der Kassenarzt, der ein Extrahonorar vom Versicherten fordert, verstößt gegen die guten Sitten.

7. Nach Offenbach a. M. Antwort: Es ist wohl das erstemal, daß Aerzte behaupten, die den Kassenmitgliedern eingeräumte freie Arztwahl schließe anderseits auch für die Aerzte freie Patientenwahl, d. h. das Recht ein, den Versicherten nach freiem Ermessen die ärztliche Behandlung zu versagen oder zu gewähren oder sie von Bedingungen abhängig zu machen, insbesondere von dem Versicherten einen Zuschlag zu dem mit der Kasse vereinbarten Honorar zu verlangen. Wäre das richtig, so wäre es das kräftigste Argument gegen die freie Arztwahl. Es ist aber falsch. Der Vertrag besagt, daß die Aerzte die Behandlung „der Kassenmitglieder" übernehmen und daß sie ihnen „auf Anrufen" die erforderliche ärztliche Hilfe leisten. Sie dürfen ihre Hilfe also keinem Mitgliede versagen. Und weiter bestimmt der Vertrag, was sie dafür von der Kasse fordern dürfen. Da aber die Kasse ihren Mitgliedern freie ärztliche Behandlung zu gewähren hat, muß der Vertrag nach Treu und Glauben (§ 157 BGB.) dahin ausgelegt werden, daß die Aerzte mehr als die mit der Kasse vereinbarten Sätze auch von den Versicherten nicht fordern dürfen. Hat sich einer gleichwohl von einem Kassenmitgliede noch ein Extrahonorar ausbedungen und gezahlt erhalten, so hat er nicht nur Treu und Glauben verletzt, sondern einen schweren Verstoß wider die guten Sitten begangen und muß den ohne rechtlichen Grund empfangenen Betrag an den Versicherten zurückzahlen (§§ 138, 812 BGB.). Anders wäre der Fall nur dann zu beurteilen, wenn der Versicherte ausdrücklich wünscht, als Privatpatient behandelt zu werden. Vgl. Hahn, Handb. der Krankenversf. S. 517 Anm. 1c zu § 368.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Dippe**, Geh. Justizrat **J. Hahn**, Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat und Vortr. Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe Dr. **Hoffmann**, Geh. Reg.-Rat und Vortr. Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. **Laß**, Rat Dr. **Olshausen**, Geh. Rat Prof. Dr. **Rosin**, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. **K. Weymann**, Geh. Reg.-Rat Dr. **Zacher** u. anderen namhaften Fachmännern.
herausgegeben von
A. Troschel.

XXXI. Jahrgang. **21. Februar 1914.**

Redaktion:	**Nr. 6**	**Verlag und Expedition:**
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung R. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Die neue Rechnungsführung der Krankenkassen.

Von **C. Banzhaf** in Stuttgart.

In Nr. 34 vom 1. Dezember 1913 bringt Herr Albert Kohn-Berlin einige Bemerkungen zu der „neuen Buch- und Rechnungsführung der Krankenkassen", mit denen ich im großen ganzen einverstanden bin, namentlich hinsichtlich dessen, daß durch die bundesrätlichen Bestimmungen den Kassen eine Mehrarbeit auferlegt wurde; es wird deshalb, wie Herr Kohn am Schlusse seines Artikels schreibt, den Krankenkassen, die eine größere Anzahl Mitglieder haben, nichts anderes übrig bleiben, als sich auch dem Kartensystem, das ja ohnehin sonst immer mehr im Geschäftsleben aufkommt, zuzuwenden.

Daß aber durch das neue Rechnungswesen eine bedeutend bessere Uebersicht über die Einnahmen und Ausgaben gewonnen und der Jahresabschluß ein weit klareres Bild ergeben werde — diese Ansicht des Herrn Kohn kann ich nicht teilen.

Warum überhaupt hinsichtlich der Buchung das bisherige — nun allmählich allen Kassenführern und -rechnern geläufig gewesene — „Bruttoprinzip" dem allerdings bei den Landesversicherungsanstalten bisher schon gebräuchlichen „Nettoprinzip" hat weichen müssen, ist mir nicht recht verständlich. Zudem sind die Ausführungsbestimmungen dazu in der Bekanntmachung des Bundesrats nicht gerade besonders klar — ich werde nachher noch darauf zurückkommen; vorher sollen die einzelnen Verzeichnisse und Nachweisungen, die jetzt vorgeschrieben sind, betrachtet werden.

Zuerst das Mitgliederverzeichnis: Nach § 2 der bundesrätlichen Bestimmungen sind in ein „allgemeines" Mitgliederverzeichnis sämtliche Mitglieder, also auch die freiwillig Beigetretenen (§ 176 RVO.) und die sich freiwillig Weiterversichernden (§ 313 RVO.) einzutragen; nicht aufzunehmen in dieses allgemeine Mitgliederverzeichnis sind jedoch diejenigen freiwillig Beigetretenen, denen nur beschränkte Leistungen gemäß § 215 RVO. zukommen; diese Mitglieder — samt denen mit abweichend bestimmtem Grundlohn — gehören vielmehr in ein „besonderes" Verzeichnis. Warum aber die freiwillig sich Weiterversichernden, die nach § 340 RVO. nicht wahlberechtigt sind, nicht besonders aufzuführen sind, und im allgemeinen Mitgliederverzeichnis, das nach § 3 der Musterwahlordnung doch als Wählerliste dienen darf, erscheinen dürfen, ist mir nicht klar.

Im „allgemeinen" Mitgliederverzeichnis ist, wenn man den Wortlaut der Bundesratsbestimmungen genau befolgt, sogar nur bei den unter § 310 RVO. fallenden Versicherungsberechtigten — somit bei den freiwillig Beigetretenen, die (oder falls sie) die vollen Leistungen erhalten, der Tag ihres Beitritts zur Kasse vorzumerken.

Auf welche Spezies der „Versicherungs-

Digitized by Google

berechtigten" erstrecken sich nun die Nachweisungen der bundesrätlichen Muster 3 b, 4, 7 und 8, wonach es nach dem Kommentar von Hoffmann § 381 RVO. zwei- oder gar dreierlei Arten von Versicherungsberechtigten gibt: freiwillig sich Fortversichernde — nach § 313 RVO. — und freiwillig Beigetretene nach § 176 bzw. 310 RVO., bei welch letzteren wieder unterschieden wird, zwischen solchen, die Anspruch auf volle Leistungen und solchen, die nur auf beschränkte Leistungen nach § 215 RVO haben.

Beim Krankenbuch sodann muß man unterscheiden zwischen „Muß-" und „Soll"-vorschrift. In das Krankenbuch ist nach § 8 der bundesrätlichen Bestimmungen jeder angemeldete, mit Arbeitsunfähigkeit verbundene Erkrankungsfall und jeder zu entschädigende Sterbefall einzutragen; es müssen also bei den Kassen mit Familienhilfe (und die Familienhilfe werden jetzt so ziemlich alle Krankenkassen im Hinblick auf die Leistungen der maßgebenden Ortskrankenkasse eingeführt haben) auch Sterbefälle von Familienangehörigen notiert werden.

Das Krankenbuch „soll" ferner Auskunft über den Betrag geben, der für jeden Krankheits- und Sterbefall gezahlt worden ist. Was heißt das? Ist unter dem „für jeden Krankheitsfall bezahlten Betrag" nur das Krankengeld, Hausgeld bzw. Taschengeld — und das wird wohl, wenn man den ersten Satz des § 9 dazu liest, das richtigere sein — zu verstehen oder aber sollen hier alle Kosten des betreffenden Krankheitsfalls, somit auch Arzt-, Arznei-, Spitalkosten u. dgl. verzeichnet werden? Zu letzterer Ansicht möchte man hinneigen, wenn man § 10 betrachtet, wo vorgeschrieben ist, daß auch Erstattungen für Krankenpflege usw. aus dem einzelnen Krankheitsfalle zu notieren sind.

Daß auch das Wochengeld — das ausdrücklich nicht als „Krankengeld" in der Reichsversicherungsordnung behandelt wird — und somit auch jeder Entbindungsfall nicht bloß bei den weiblichen Mitgliedern, sondern auch bei den Ehefrauen von Mitgliedern im Krankenbuch zu verzeichnen ist, das erfährt man erst, wenn man das bundesrätliche Muster 4 und die Fußnote dazu ansieht!

In § 12 der bundesrätlichen Bestimmungen wird auf einmal von Krankenbüchern, getrennt nach Mitgliedern und Angehörigen, gesprochen, und von Beibüchern zum Hauptausgabebuch (§ 14). Welche Bewandtnis hat es damit? Beibücher zum Hauptausgabebuch können doch auch nur Ausgabeposten enthalten! Es scheint also die Absicht bestanden zu haben, die Eintragungen ins Krankenbuch viel ausgedehnter zu gestalten, als hinterher geschehen ist. Einige große Krankenkassen haben deshalb ganz weitschweifige Krankenbücher bzw. Krankenkarten eingeführt, andere wieder sind zu Sonderregistern für Wochenhilfe, Sterbefälle, Betriebsunfälle u. a. m. geschritten (zu vgl. die Broschüre von Albert Wilde „Die Buch- und Rechnungsführung in den Krankenkassen").

Nicht uninteressant wird die vom Kgl. Württ. Oberversicherungsamt Stuttgart vertretene Ansicht sein, daß unter den „versicherungsberechtigten" Mitgliedern im Sinne der bundesrätlichen Muster 3, 4, 7 und 8 (der Bekanntmachung des Reichskanzlers über Art und Form der Rechnungsführung vom 9. Oktober 1913) auch die „die Mitgliedschaft Fortsetzenden" zu verstehen sind. Aus den besonderen Bestimmungen des § 2 Nr. 1 b, § 3 b und § 11 der Bekanntmachung könne jedenfalls nicht abgeleitet werden, daß nur die hier Genannten zu den „versicherungsberechtigten" Mitgliedern im Sinne der angeführten Muster gehören. Aus der Fassung dieser Muster (zu vgl. insbesondere Muster 7) ergeben sich hingegen als selbstverständlich, daß da die die Mitgliedschaft Fortsetzenden nicht zu den Versicherungspflichtigen gehören, sie zu den Versicherungsberechtigten, von denen sie begrifflich eine Unterart seien, zu rechnen haben. Die Beiträge und Leistungen der freiwillig Fortsetzenden seien also zum Zwecke der Nachweisung eben auch (von allen übrigen Arten der Versicherten) gesondert zu buchen. Ebenso setzte, nach Ansicht dieses Oberversicherungsamts, die ordnungsmäßige Erledigung der Nachweisung 8 zu der angeführten Bekanntmachung voraus, daß die Familienhilfe auch in das Krankenbuch und zwar getrennt von den Leistungen an die Kassenmitglieder, aufgenommen werde.

Bei der Nachweisung der für die Kasse tätigen Aerzte (§ 13 der bundesrätlichen Bestimmungen) vermisse ich eine Bestimmung, daß unter „Spezialärzten" (siehe Muster 6) nur solche zu verstehen sind —

Digitized by Google

die ausschließlich in einem bestimmten Fach ärztliche Praxis ausüben und daß z. B. solche Aerzte, die sich als Chirurgen oder Geburtshelfer u. a. m. bezeichnen, daneben aber auch allgemeine Praxis treiben (namentlich in den kleineren Städten wird dies vorkommen), nicht unter die „Spezialärzte" fallen, selbst wenn sie im einen oder anderen Falle als Spezialisten konsultiert werden.

Für das Einnahme- und Ausgabebuch ist die sog. amerikanische Buchführung eingeführt, was jedenfalls für große Kassen praktisch ist.

In § 16 ist nun vorgeschrieben, daß Aufwendungen in ihrer vollen Höhe in Ausgabe zu stellen, Kürzungen und Erstattungen aber in der entsprechenden Spalte in Einnahme zu stellen sind; damit soll meines Erachtens ohne weiteres gesagt werden, daß für die in § 10 erwähnten Kürzungen und Erstattungen auch im Einnahmebuch besondere Rubriken vorzusehen und daß diese Kürzungen erst beim Monats- oder Jahresabschluß in Wirklichkeit vorzunehmen sind. Vor mir liegen eine ganze Anzahl Musterformulare für Einnahme- und Ausgabebücher — geliefert von namhaften Druckereien — aus denen, ganz abgesehen von der — teilweise unhandlichen — Größe der Formblätter, zur Evidenz hervorgeht, wie wenig allgemein verständlich die Rechnungsvorschriften des Bundesrats gehalten sind. Bei den Ausgabebüchern sind in diesen Mustereinnahme- und Ausgabebüchern die Kap. 4—6 des „Rechnungsabschlusses" natürlich überall gleich und in derselben Reihenfolge aufgeführt, aber schon bei Kap. 7 (Vermögensanlage) beginnt der Zweifel: das eine Formular sieht bei Kap. 7 (mit seinen 4 Titeln) nur eine Rubrik vor, ein anderes deren drei (Kapitalanlage, Erwerb von Grundeigentum bzw. Geräten und zurückbezahlte Darlehen oder Vorschüsse) usw. Bei Kap. 8 „Sonstige Ausgaben" findet man besondere Rubriken betreffend Ersatzleistungen Dritter für gewährte Krankenunterstützung mit den Unterabteilungen a) von Trägern der Krankenversicherung, b) von Trägern der Unfallversicherung, c) von Trägern der Invalidenversicherung.

Aehnlich ist es bei den Einnahmebüchern, da erscheint Kap. 7 wieder, entweder mit oder ohne seine 4 Titel, ebenso Kap. 8 mit den oben erwähnten drei Unterabteilungen für die Leistungen der Träger der Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung, woran sich beim einen Formular weiter Spalten für Leistungen gemäß §§ 576 und 195 bzw. 1542 RVO., wie auch für Geldstrafen wegen Uebertretung der Krankenordnung usw. anreihen.

Man sieht also, daß hier die Praxis, aber auch Mißverständnis manche Spielarten gezeitigt hat — mangels bestimmter Anhaltspunkte.

Wie „Erstattungen" (§ 16 der bundesrätlichen Bestimmungen) zu verbuchen sind und wo sie beim Abschluß abzusetzen sind, wenn z. B. Pauschalsätze gezahlt werden, wie dies bei der Unfallversicherung nach § 1503 RVO. geschieht, ob diese drei Achtel des Grundlohns auf das Konto „Arzt" oder „Krankenhaus" zu verteilen oder am Schluß des ganzen Kap. 4 abzusetzen sind, ist meines Wissens nirgends zu finden, ebensowenig ist darüber Klarheit geschaffen, wo die Abfindungen usw. nach § 217. RVO. verbucht werden müssen. Zu welchem Zwecke diese Absetzungen der Rückeinnahmen überhaupt verlangt werden, erfährt man erst aus dem bundesrätlichen Muster 2, aus dem hervorgeht (was übrigens in keinem Kommentar, noch sonst anderswo zu finden ist), daß die Rücklage nach dem Durchschnitt der „Reinausgaben" der drei letzten Jahre sich zu richten habe.

Ueber die Erstellung des Rechnungsabschlusses selbst ist überhaupt nichts gesagt — diese wird offenbar als selbstverständlich angesehen — obwohl auf dem Schema dieses Abschlußbogens die ganze Buch- und Rechnungsführung aufzubauen ist. Man hat sich darauf beschränkt, in fünf Anmerkungen auf Muster 1 zu sagen, wie etwa dieser Abschluß zu fertigen ist. Gleich bei Kap. 1 fehlt meines Erachtens eine Bemerkung, daß zu den Erträgen aus Kapitalanlagen nicht nur die „Zinsen" zu verstehen sind, sondern auch „Nutzungen aus Grundstücken und beweglichen Einrichtungen"; wenn z. B. eine Krankenkasse (was übrigens meist nur bei Ortskrankenkassen von größerem Umfange der Fall sein wird) ein eigenes Haus und eigene Bureaueinrichtungen u. dgl. hat, wird der mutmaßliche Mietwert der Gelasse usw. in Einnahme zu stellen sein.

Digitized by Google

In Kap. 3 sind nur „Zusatzbeiträge für Familienhilfe“ aufgeführt, daß es auch Kassen gibt, die für Familienhilfe sich von dem betreffenden Mitglied einen gewissen Prozentsatz der Kosten ersetzen lassen oder einen bestimmten Betrag (10—20 Pf.) pro Familienkrankenkarte erheben, ist nicht berücksichtigt. So wie jetzt die Vorschrift lautet, ist eine solche Einnahme aus der Familienhilfe an den Ausgaben abzusetzen; ob so das „Bild klarer und die Uebersicht besser“ ist, möchte ich aber bezweifeln. Jedenfalls wird hiernach die Rücklage im einen oder andern Fall höher oder niedriger sich beziffern.

Wo „Genesungsheimpflege (§ 187 RVO.) zu verrechnen ist, und wo die Ausgabe für „Hilfsmittel bei Verkrüppelung“ (§ 187 RVO.) ist auch nicht ersichtlich — wahrscheinlich soll ersteres zur Krankenhauspflege, letzteres zu den Heilmitteln und Arzneien geschlagen werden. Oder soll alles Zweifelhafte im Sammelkapitel 8 untergebracht werden?

Zu guter Letzt fehlt es auch an einer Bestimmung, wo bare Kassenbestände am Jahresschluß, die ins neue Jahr übergehen, rechnerisch zu verzeichnen sind. In den Rechnungsabschlüssen der Landesversicherungsanstalten erscheint der Barbestand am Schluß — allerdings nicht in der Spalte „Reineinnahme“ und „Reinausgabe“, sondern in der Spalte „Ausgaben“ und „Einnahmen“. Richtiger wäre meiner Ansicht nach der Rechnungsabschluß überhaupt so angeordnet worden, wie er bei den Landesversicherungsanstalten gefertigt wird, d. h. unter Aenderung bzw. Ergänzung der Spalten in: Einnahme, Ausgabe, Reineinnahme, Reinausgabe

In Anlehnung an diesen Rechnungsabschluß der Versicherungsanstalten wäre für den Rechnungsabschluß der Krankenkassen folgendes Schema besser. (S. die Tabelle.)

Dadurch ergibt sich dann schließlich, daß die Schlußsummen von „Einnahme“ und „Ausgabe“ übereinstimmen müssen, aber selbstverständlich nicht auch die Schlußsummen der „Mehreinnahme“ und „Mehrausgabe“, deren Differenzbetrag jedoch mit den Kassenbar-

Kap.	Betreff	Einnahmen M.	Ausgaben M.	hiernach Reineinnahmen M.	hiernach Reinausgaben M.
	I. Aus dem laufenden Geschäftsjahr:				
1	Erträge aus Kapitalanlage				
	a) Zinsen				
	b) Nutzungen aus Grundstücken und Geräten				
2	Beiträge				
	1. der Pflichtmitglieder				
	2.				
	usw. usw.				
8	Sonstiges				
	II. Kassenbarbestand am Anfang des Geschäftsjahrs		—		
	III. Kassenbarbestand am Schluß des Geschäftsjahrs	—			
	Schlußsumme:				

beständen am Anfang und Ende des Jahres in Harmonie treten muß.

Für die Fertigung des Voranschlags (§ 69 der Mustersatzung und § 345 RVO.), über den die bundesrätlichen Bestimmungen sich ganz ausschweigen, wird wohl in der Hauptsache das Schema des Jahresabschlusses zugrunde zu legen sein; es werden aber wohl die Bruttoeinnahmen und Ausgaben getrennt aufzuführen sein und zwar werden bei den Einnahmen Kap. 7 und 8 zu wiederholen sein und bei den Ausgaben statt der Vermögensanlage die Position: „Rücklage“ zu erscheinen haben — eine Berechnung von „Reineinnahme“ und „Reinausgabe“ jedoch wird gerade im Hinblick auf die „Rücklage“ schwer halten.

Es wäre gewiß angezeigt, daß das Kaiserl. Statistische Amt, das nach § 31 der bundesrätlichen Bestimmungen Auskunft in Zweifelsfällen geben soll, jetzt schon, nicht erst wenn die Krankenkassen ihre Buchungen zum Teil unrichtig vorgenommen haben, eine Aufklärung über das Rechnungswesen in der oben angedeuteten Richtung geben würde.

Digitized by Google

Die Anmeldung der im Wandergewerbe Beschäftigten zur Krankenversicherung.

Von **Friedr. Kleeis** in Halle a. S.

Zu den mannigfachen Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung, deren Durchführung die Lösung von Rätseln aufgibt, gehört auch der § 459. Nach ihm hat der Arbeitgeber, der eines Wandergewerbescheines bedarf, die in seinem Wandergewerbe Beschäftigten ihrer Zahl nach bei der zuständigen Krankenkasse anzumelden. Beschäftigte, für die er über die angegebene Zahl hinaus die Erlaubnis nach § 62 Gw.O. erst nach Empfang des Scheines nachsucht, hat er durch Vermittlung der für diese Erlaubnis zuständigen Behörde anzumelden. Diese Einrichtung weicht erheblich von der im § 318 für die sonstigen Versicherten vorgesehenen ab, nach der in der Anmeldung auch die Angaben zu machen sind, die durch die Satzung zur Berechnung der Beiträge gefordert werden. Zur Begründung des § 318 war mit Recht ausdrücklich gesagt, daß die bloße Anmeldung des Namens des Versicherungspflichtigen und des Tages des Beginns der Beschäftigung, namentlich für die Ortskrankenkassen mit verschiedenen Mitgliederklassen, nicht genügt, weil sie wegen der Beitrags- und Unterstützungssätze wissen müssen, in welchen Lohnverhältnissen sich der Angemeldete befindet. Für den Zwang zu Angaben über die Lohnverhältnisse in den Anmeldungen fehlte es seither an einer zweifelsfreien gesetzlichen Grundlage, weshalb den bezüglichen statutarischen Bestimmungen von manchen Gerichten der Strafschutz versagt wurde.

Aus der für das Wandergewerbe getroffenen Ausnahmevorschrift, daß die Arbeitgeber nur verpflichtet sind, die Beschäftigten ihrer Zahl nach anzumelden, ergeben sich für die Kassenverwaltung eine ganze Reihe von Zweifelsfragen: Kann den Arbeitgebern durch die Kassensatzung oder durch Beschlüsse der Kassenorgane eine weitergehende Verpflichtung auferlegt werden und wenn nicht, wie nimmt die Kasse die Zuteilung der Angemeldeten zu den verschiedenen Lohnklassen und die damit zusammenhängende Berechnung der Kassenbeiträge und des Krankengeldes vor? Wie behandelt sie die Versicherten in den verschiedenen statistischen Nachweisen, die z. B. eine Trennung der männlichen und der weiblichen Personen vorsieht? In den gesamten Gesetzesmaterialien sind leider keine Anhaltspunkte hierfür zu finden.

Schon die ersten beiden Entwürfe der Reichsversicherungsordnung sagten in dem § 487 (der jetzt den § 459 bildet), daß die Arbeitgeber im Wandergewerbe die Beschäftigten „ihrer Zahl nach" anzumelden haben. Die Begründung sagt S. 237 dazu:

„Die zu versichernden Beschäftigten werden der Zahl nach angemeldet; damit wird dem Arbeitgeber die Versicherung seines Personals ganz wesentlich erleichtert, denn es bedarf infolgedessen bei einem Wechsel in der Person des Beschäftigten nicht jedesmal einer Ab- und Neuanmeldung bei der Kasse. Die Beiträge werden mithin nicht für bestimmte Personen, sondern für eine bestimmte Zahl von solchen geleistet. Wird diese Zahl nachträglich durch Hinzunahme weiterer Begleiter überschritten, so bedarf es allerdings der nachträglichen Anmeldung, wobei ebenfalls die Angabe der Zahl genügt, sowie der Zahlung der entsprechenden Beiträge."

In der Kommissionsberatung wurde in erster und zweiter Lesung der ganze Paragraph unverändert angenommen, in der Ausgleichslesung wurde sein erster Satz unwesentlich redaktionell geändert. Der Sinn blieb derselbe. Die so als § 459 in das Gesetz aufgenommene Bestimmung ging auch wörtlich in die amtlichen Mustersatzungen und in dem vom Zentralverband deutscher Ortskrankenkassen herausgegebenen Entwurf einer Satzung für allgemeine Ortskrankenkassen über und wurde auf diesem Wege das von den einzelnen Kassen zu befolgende „Recht". Mit dem sie aber meist nichts anzufangen wissen! Eine Verfügung oder Anordnung irgendeiner Behörde zu der Sache ist bis jetzt nicht bekannt geworden. Auch sie müßte sich mit dem Wortlaut des Gesetzes abfinden und könnte kaum etwas anderes wollen. Sie würde auch nur Anweisung geben können, wie die Bestimmung durchzuführen ist. Nach

Digitized by Google

§ 465 kann der Bundesrat zur Durchführung der §§ 459—464 allerdings näheres bestimmen. Abweichend von den gesetzlichen Bestimmungen kann er aber nur (vgl. § 465 Abs. 2) die Versicherung der von Wandergewerbtreibenden ohne Wandergewerbeschein Beschäftigten regeln.

Die Frage, ob die Kassen ein Recht haben, auf dem Wege der Einführung statutarischer Vorschriften die Arbeitgeber im Wandergewerbe zur Angabe der Personalien und Lohnverhältnisse der Beschäftigten zu verpflichten, dürfte zu verneinen sein. Wie aus § 416 RVO. unzweifelhaft hervorgeht, sind die besonderen Vorschriften über die besonderen Berufszweige unter allen Umständen „zwingend". Noch weniger sind die Kassenorgane berechtigt, einschlägige Anordnungen zu treffen. Sie können wohl den in Frage kommenden Arbeitgebern die nötigen Angaben abverlangen, aber nichts dagegen unternehmen, wenn die Auskünfte verweigert werden.

Ich habe bei einer Anzahl großer Allgemeiner Ortskrankenkassen eine Umfrage darüber veranstaltet, wie sie die in Frage stehenden Bestimmungen durchführen. Nach dem Ergebnis stimmen alle Kassen darin überein, daß hier das Gesetz eine augenfällige Lücke habe, die beseitigt oder irgendwie überbrückt werden müsse. Meist antworteten die Kassen, daß sie den Arbeitgebern im Wandergewerbe wie allen anderen Unternehmern die nötigen Angaben über Personalien, Lohnverhältnisse usw. der Angemeldeten abfordern und bislang auch erhalten haben. Einige Kassen haben aber auch bemerkenswerte weitere Auskünfte gegeben. Die Ortskrankenkasse in M. schreibt, daß ihrer Meinung nach die Worte „ihrer Zahl nach" nicht so aufzufassen seien, daß nur die Zahl der Versicherten anzugeben sei und der Arbeitgeber zu anderen Angaben nicht gezwungen werden könne oder durch die Kasse veranlaßt werden dürfe. Selbst wenn der Ortslohn satzungsgemäß als Grundlohn festgesetzt ist, genügt eine solche nackte Zahlenangabe nicht, um die Krankenversicherung überhaupt durchführen zu können. Zum mindesten müsse in diesem Falle der Arbeitgeber sagen, wieviel männliche und wieviel weibliche Beschäftigte er mit sich führen will. Die Kasse selbst habe das Lohnstufensystem und verlange zur Zuteilung der Versicherten in die einzelnen Klassen alle einschlägigen Angaben. Würden diese — was bis jetzt noch nicht geschehen ist — verweigert, so würde sie versuchen, diese im Streitverfahren zu erzwingen.

Die Ortskrankenkasse D. nimmt für die Beschäftigten im Wandergewerbe, soweit die Höhe des wirklichen Entgelts nicht ermittelt werden kann, oder das Entgelt sehr schwankend ist, den Ortslohn als Maßstab für die Zuteilung zu den einzelnen Lohnklassen an. Die Trennung der Mitglieder in männliche und weibliche werde sie wohl für die Statistik am Jahresschluß — soweit keine genauen Angaben vorliegen — nach Schätzungen vornehmen müssen.

Die Ortskrankenkasse St. i. E. läßt die im Wandergewerbe Beschäftigten ihrer voraussichtlichen Zahl nach durch den Arbeitgeber anmelden, denn es sei diesen in vielen Fällen nicht möglich, direkt anzugeben, wieviele Personen und ev. zu welcher Zeit sie einstellen. Bei der Anmeldung lasse sich, dem Gewerbe nach zu urteilen, stets feststellen, ob es sich überwiegend um männliche oder weibliche Beschäftigte handelt, nnd je nach dem müsse eben Statistik vorgenommen werden.

Die Ortskrankenkasse in C. hat in ihrer Satzung die Berechnung der Beiträge für die im Wandergewerbe Beschäftigten nach dem Ortslohn vorgesehen. In Fällen, in denen der Arbeitgeber Alter und Geschlecht der später zu Beschäftigenden nicht angeben konnte, setzte die Kasse vorläufig den höchsten Beitragssatz ein und verwies den Arbeitgeber auf spätere Rückerstattung der nachgewiesenen Differenz.

Die unter den gegebenen Umständen einfachste und beste Regelung der Frage dürfte wohl die Ortskrankenkasse Leipzig getroffen haben. Bei ihr haben tatsächlich die Arbeitgeber im Wandergewerbe die Beschäftigten nur der Zahl nach anzumelden, allerdings unter Bezeichnung des Geschlechts. Der Kassenvorstand hat den Grundlohn für männliche auf 3,50 M. und für weibliche auf 2,50 M., den Wochenbeitrag auf 84 Pf. für männliche und 60 Pf. für weibliche festgesetzt, ohne Rücksicht auf das Alter der Versicherten. Je „nach der Zahl" der angemeldeten männlichen oder weiblichen Versicherten lassen sich somit die Beitragssummen leicht berechnen,

Digitized by Google

das Krankengeld bemessen und die statistischen Nachweise aufstellen. Fraglich kann bei dieser ganzen empfehlenswerten Einrichtung nur sein, ob die Kompetenzen des Kassenvorstandes zu dieser gesonderten Feststellung des Grundlohnes hinreichen. Wir möchten das bezweifeln. Der § 180 RVO., nach dem „die Satzung den durchschnittlichen Tagesentgelt derjenigen Klassen Versicherter, für welche die Kasse errichtet ist", feststellt, gilt doch auch für die im Wandergewerbe beschäftigten Personen. Die Kasse hat (bei der großen Zahl der in ihrem Bezirk vorhandenen Wandergewerbetreibenden) für ihren Gebrauch Personalkarten für die Arbeitgeber eingeführt. Jeder Arbeitgeber erhält eine derartige Karte ausgestellt, auf der sich alle nötigen Angaben über die Zahl der Gemeldeten, Höhe der Beiträge, die erteilte Bescheinigung nach § 461 RVO., die für Versicherte dieses Arbeitgebers an andere Kassen für Krankenfürsorge gewährte Ersatzleistung usw.

Haben sich auch, wie ersichtlich, die Kassen mit der Bestimmung so gut es ging, abgefunden, so ist doch eine bessere gesetzliche Regelung unerläßlich. Auf die Dauer ist mit den bestehenden Vorschriften nicht auszukommen. Welche Zwangsmittel hat z. B. eine Kasse, wenn sich ein Arbeitgeber weigern würde, zum mindesten Angaben über das Geschlecht der Angemeldeten zu machen? Wir glauben: keine! Bei einer Aenderung der Reichsversicherungsordnung — die wegen einer Reihe anderer Mängel derselben doch nicht allzu lange auf sich warten lassen kann — ist auch die bessernde Hand hier anzulegen.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Der Gesellschafter einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung kann versicherungspflichtiger Angestellter der Gesellschafter sein.

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 19. September 1913.

Abweichend von der Vorinstanz hat das Reichsversicherungsamt den Kläger gemäß §§ 1, 2 Abs. 1 GUVG. als versichert angesehen. Allerdings war der Kläger Gesellschafter der S.schen Flugzeugwerke G. m. b. H. und als solcher unzweifelhaft Unternehmer oder Mitunternehmer. Diese Tatsache schließt aber noch nicht ohne weiteres ein Abhängigkeitsverhältnis des Klägers zu der Gesellschaft auf Grund besonderer Vereinbarung aus, wie das Reichsversicherungsamt in ähnlich liegenden Fällen bereits mehrfach ausgesprochen hat. Die G. m. b. H. ist ein selbständiges Rechtssubjekt, die als solches Rechte erwerben, Verbindlichkeiten übernehmen und Verträge aller Art abschließen kann. Es hindert sie also nichts, Anstellungs- und Arbeitsverträge mit Gesellschaftern oder dritten Personen abzuschließen. Die Uebernahme eines Arbeitspostens seitens eines Gesellschafters und die Zahlung des Gehalts oder Lohnes durch die Gesellschaft berühren die Stellung des Gesellschafters und seine sonstigen durch Gesetz und Gesellschaftsvertrag begründeten Rechte gegenüber der Gesellschaft nicht. Im vorliegenden Falle ist zwischen der S.schen Flugzeugwerke G. m. b. H. und dem „Ingenieur Erich Th.", dem Kläger, ein selbständiger Anstellungsvertrag abgeschlossen worden, in dem sich der Kläger gegen ein Jahresgehalt von 3000 M. verpflichtet hat, „seine gesamte Arbeitskraft, Fähigkeiten und Kenntnisse in den Dienst der Firma zu stellen". Wie die Beweisaufnahme ergeben hat, ist der Kläger vertragsmäßig auch für die Gesellschaft tätig geworden und der Annahme, es handle sich um einen Scheinvertrag, fehlt jede Grundlage. Hiernach hat der erkennende Senat kein Bedenken getragen, den Kläger als Techniker (§ 2 Abs. 1 GUVG.) im Betriebe der mehrfach erwähnten G. m. b. H. anzusehen und demgemäß als versichert, da sein Jahresarbeitsverdienst an Gehalt zur Zeit des Unfalls vom 14. September 1911 3000 M. nicht überstieg. Die Ansicht der Vorinstanz, daß das Einkommen des Klägers höher als dieser Betrag gewesen sei, findet in den Ermittlungen keine Stütze. Denn danach hatte der Kläger lediglich das ihm vertragsmäßig zugesicherte Gehalt; da ein Reingewinn der Gesellschaft bis zum Unfalle noch nicht erzielt worden war, braucht die Frage nicht erörtert zu werden, ob ein Gewinnanteil bei Feststellung des Einkommens des Klägers als Angestellter anzurechnen wäre, oder nicht.

Digitized by Google

Unterschlagung von im Auftrag eines Versicherungsträgers zwangsweise eingezogenen Beträgen durch den Vollstreckungsbeamten.

Bescheid des **Reichsversicherungsamts** vom 30. August 1913.

Eine Berufsgenossenschaft hatte den Gemeindevorstand beauftragt, von einem ihrer Mitglieder rückständige Beiträge einziehen zu lassen. Die Beiträge sind von dem bei der Gemeinde angestellten Vollziehungsbeamten eingezogen, von ihm aber unterschlagen worden. Die Berufsgenossenschaft hatte die Beiträge nochmals von dem Mitglied angefordert und sich dabei auf eine Verfügung des Reichsversicherungsamts vom 8. Januar 1890 gestützt, wonach der Genossenschaftsvorstand im Falle der Zwangsbeitreibung zur Erteilung besonderer Quittungen für die einzelnen Mitglieder nicht verpflichtet ist, da er nur mit der beizutreibenden Behörde zu tun hat, die zwischen ihn und den Schuldner tritt und der er allein über die abgeführte Summe zu quittieren hat. Auf eingelegte Beschwerde hat das Reichsversicherungsamt die Berufsgenossenschaft angewiesen, dem Mitglied die vom Vollziehungsbeamten eingezogene Summe zu verrechnen. Gründe:

Die Auffassung der Berufsgenossenschaft ist irrig. Der Vorstand bestreitet nicht, daß G. die rückständigen Beiträge an den zuständigen Vollziehungsbeamten gezahlt hat (§ 103 GUVG., § 6 der Verordnung, betr. das Verwaltungszwangsverfahren wegen Beitreibung von Geldbeträgen, vom 15. Dezember 1899 / 18. März 1904, § 362 BGB.). Durch die Zahlung ist G., da der Vollstreckungsbeamte die Zahlung als gesetzlicher Beauftragter der Berufsgenossenschaft in Empfang genommen hat, von seiner Schuld in Höhe des gezahlten Betrages befreit worden. Die Berufsgenossenschaft beruft sich für die gegenteilige Auffassung zu Unrecht auf die Verfügung des Reichsversicherungsamts vom 8. Januar 1890 (I 34 431). Diese Verfügung, die sich nur über die Frage ausspricht, ob der Schuldner berechtigt ist, von der Berufsgenossenschaft Quittung über die an die Vollstreckungsbehörde geleistete Zahlung zu verlangen, ergibt nichts für die Auslegung der Berufsgenossenschaft. Hat der Genossenschaftsvorstand im Falle der Zwangsbeitreibung es nur mit der beitreibenden Behörde und nicht mit dem Schuldner zu tun, so kann er von diesem auch nicht nochmals Zahlung verlangen, nachdem der Schuldner bereits an die Vollstreckungsbehörde zu Händen ihres zuständigen Beamten gezahlt hat.

Rundschreiben des Reichsversicherungsamts über Aussonderung des vertraulichen und entbehrlichen Teiles ärztlicher Gutachten bei Mitteilung an Versicherte.

Vom 3. November 1913.

Das folgende Rundschreiben ist an die Berufsgenossenschaften und Landesversicherungsanstalten ergangen:

Das Reichsversicherungsamt hat schon wiederholt darauf hingewiesen, daß es sich bei der Mitteilung ärztlicher Gutachten empfiehlt, Bemerkungen, die einen für den Versicherten beunruhigenden Inhalt haben, sachlich aber entbehrlich sind, oder Wendungen, die ihn verletzen können, in den für ihn bestimmten Abschriften fortzulassen (zu vergleichen Handb. der Unfallversf. 3. Aufl. Bd. I S. 479 Anm. 4 Abs. 2 zu § 70 GUVG.; siehe auch Bd. II S. 594 Anm. 3 letzter Absatz zu § 9 der Schiedsgerichtsordnung).

Nicht überall wird nach diesen Anregungen verfahren. Erst neuerdings hat, wie dem Reichsversicherungsamte zur Kenntnis gekommen ist, eine Universitätsklinik für Nervenkrankheiten erklärt, jede weitere gutachtliche Tätigkeit ablehnen zu müssen, wenn weiterhin den Untersuchten die Gutachten vollständig, ohne Aussonderung des vertraulichen, besonders desjenigen Teiles, in welchem es sich um die Schilderung persönlicher Charaktereigenschaften handele, mitgeteilt würden und sie dadurch unliebsamen Auseinandersetzungen mit den Untersuchten und anderen Personen ausgesetzt werde. Sie hat bemerkt, es seien für die Kranken solche Mitteilungen meist nur schädlich; sie verleiteten überdies nicht feste Charaktere leicht zur Simulation und zur Uebertreibung von Krankheitserscheinungen.

Die Bedenken der Universitätsklinik müssen geteilt werden. Es besteht in der Tat die Gefahr, daß durch die Mitteilung des vollen Inhalts der ärztlichen Gutachten an den Versicherten ohne Aussonderung des entbehrlichen und vertraulichen Teiles unter Umständen berechtigte Interessen der Aerzte, insbesondere auf dem Lande und in kleinen Städten, geschädigt werden, und hierunter zum Nachteil der Versicherungsträger die Sachlichkeit und Vollständigkeit der Begutachtung der Aerzte leiden könnte.

Digitized by Google

B. Zur Krankenversicherung.

Berechnung der Lohnstufe durch Teilung des Gesamtlohns mit der Zahl der wirklichen Arbeitstage.

Beschluß des **Reichsversicherungsamts** vom 30. Oktober 1913.

Die Satzung der Beschwerdeführerin, die als Mehrleistung das Krankengeld allgemein auch für Sonn- und Feiertage zubilligt, regelt dessen Höhe nach Lohngruppen. Hierzu trifft sie folgende Bestimmung:

„Der Arbeitsverdienst jedes Kassenmitgliedes wird nach dem Durchschnitt des Verdienstes berechnet, den es im letzten Monat, oder, wenn es noch nicht solange der Kasse angehörte, den ein gleichwertiges Mitglied während dieser Zeit bezogen hat. Hierbei wird das Jahr zu 360, der Monat zu 30 Tagen berechnet."

Das Oberversicherungsamt (Beschlußkammer hat der Satzung die Genehmigung erteilt mit der Maßgabe, daß unter anderem der Schlußsatz vorstehender Bestimmung von „Hierbei" bis „berechnet" fortzufallen hat. Zur Begründung führt es aus, nach § 180 RVO. sei der durchschnittliche Tagesentgelt maßgebend. Werde der Lohn für einen größeren Zeitabschnitt bemessen, so könne der durchschnittliche Tagesarbeitsverdienst nur dadurch ermittelt werden, daß die Gesamtlohnsumme durch die Zahl der wirklichen Arbeitstage geteilt werde. Durch Hinzurechnung von Sonn- und Feiertagen, an denen die Versicherten nicht gearbeitet haben, würde sich eine dem wirklichen Durchschnittstagesarbeitsverdienste nicht entsprechende Zahl ergeben. Derartige fingierte Berechnungen lasse die Reichsversicherungsordnung nicht zu. Die Berechnung mit 30 Monats- und 360 Jahrestagen sei nur für solche Versicherte zulässig, die auch an Sonn- und Feiertagen Arbeiten verrichten.

Die Kasse hat diesen Beschluß insoweit rechtzeitig mit der Beschwerde angefochten und beantragt, die Zulässigkeit der von ihr gewünschten Fassung auszusprechen. Sie macht in ihrer Beschwerdeschrift im wesentlichen geltend, daß die Rechtsauffassung des Oberversicherungsamts zwar grundsätzlich für den Fall als richtig anerkannt werden könne, wenn für Sonn- und Feiertage kein Krankengeld gezahlt werde. Im vorliegenden Falle aber würde nur dann eine Ungleichheit bei Ermittlung der Lohnstufen vermieden, wenn für alle regelmäßig arbeitenden Kassenmitglieder der Jahresarbeitsverdienst durch 360, also der Monatsverdienst durch 30 geteilt werde. Beispielsweise gehöre ein auch an Sonntagen beschäftigter Handlungsgehilfe mit 1620 M. Jahresverdienst, da 360 Arbeitstage zu berücksichtigen seien, in die Lohnstufe V b der Satzung (umfassend 4,25 bis 4,90 M. Tagesverdienst), da 1620 M. durch 360 geteilt 4,50 M. ergäbe. Er würde an Krankengeld (56 v. H. des Grundlohns von 4,50 M.) beziehen $7 \times 2{,}52$ M., also 17,64 M. wöchentlich; der Monatsbeitrag betrage bei $4\frac{1}{2}$ v. H. des Grundlohns 6,07 M. Dagegen ein Fabrikarbeiter mit 1620 M. Jahresverdienst gehöre, da er nur an Wochentagen arbeite, in die Stufe 5 c (über 4,90 bis 5,40 M. Tagesverdienst bei einem Grundlohn von 5 M.); denn 1620 M. geteilt durch 300 ergäbe 5,40 M. Er würde an Krankengeld beziehen $7 \times 2{,}80$ M. also 19,60 M. Mithin würde er erheblich höher entschädigt werden als der gleichgelohnte Handlungsgehilfe; auch würde der Monatsbeitrag für ihn höher sein, nämlich: 6,75 M. betragen. Diese ungerechtfertigten Ungleichheiten würden nur beseitigt, wenn der wirkliche jährliche Arbeitsverdienst für alle Kassenmitglieder, die regelmäßig arbeiten, in gleicher Weise durch 360 geteilt werde. — Die Beschwerde wurde zurückgewiesen.

Zwar ist die beanstandete Satzungsbestimmung bei ausschließlicher Würdigung des Wortlauts nicht ohne weiteres verständlich. Nach dem Zusammenhange aber soll sie, wie auch das Oberversicherungsamt annimmt, die Erläuterung der vorher angeordneten Durchschnittsberechnung des Arbeitsverdienstes bezwecken, und zwar will sie offenbar anordnen, daß bei allen regelmäßig arbeitenden Kassenmitgliedern ihr Monats- oder Jahresarbeitsverdienst zur Ermittlung des durchschnittlichen Tagesentgelts im Sinne des § 180 Abs. 2 RVO. durch 30 oder 360 geteilt wird, ohne Unterschied, ob für sie nur die Wochentage oder auch die Sonn- und Feiertage Arbeitstage sind. Diese Berechnungsart, die allerdings die Rechnungsarbeiten der Kasse sehr vereinfachen mag, ist jedoch, wie die Vorinstanz zutreffend feststellt, mit dem Grundgedanken des Gesetzes nicht vereinbar. Die Vorschrift des § 180 Abs. 2 RVO. bringt gegenüber dem früheren Rechte (§ 20 Abs. 2 KVG.) in dieser Hinsicht keine Neuerung. Daher wird ebenso wie bisher davon auszugehen sein, daß die durch § 180 Abs. 2 RVO. zugelassene Einteilung der Kassenmitglieder nach Lohnstufen dem Zwecke dient, die Höhe der Beiträge und baren Leistungen möglichst dem wirklichen täglichen Arbeitsverdienste des einzelnen Mitgliedes anzupassen. Entscheidend für die Zugehörigkeit zu einer Lohnstufe ist also stets der Betrag, den der Arbeiter an einem Tage verdient, an dem er wirklich arbeitet. Ist dieser Verdienst für jeden Arbeitstag gleich, so steht damit auch schon, ohne daß es noch einer Durchschnittsberechnung bedarf, die Zugehörigkeit zu einer Lohnstufe fest (Entscheidung des Württembergischen Verwaltungsgerichtshof vom 15. Nov. 1905, Reger, Bd. 27 S. 87, zu vgl. auch Hahn Arb.-Versorgg. 1913 S. 365). Aber auch für den Fall, daß der Lohn nach größeren Zeitabschnitten bemessen wird — und diesen Fall hat hier die Satzung in erster Linie im Auge —, kann der Durchschnitts-Tagesverdienst nur in der Weise berechnet werden, daß die Lohnsumme durch die Zahl der in diesen Zeitraum fallenden wirklichen Arbeitstage geteilt wird (Entscheidung des Bayr. Verwaltungsgerichtshof vom 6. Nov. 1911, Arb.-Vers. 1912 S. 491, Entscheidung des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 10. März 1910 Bd. 56

Digitized by Google

S. 391). Danach ist es also schlechthin unzulässig auch bei denjenigen Versicherten, die nur an Werktagen arbeiten, die Lohnstufe in der Weise zu ermitteln, daß die für einen längeren Zeitraum gewährte Lohnsumme durch die Zahl aller in diese Zeitspanne fallenden Tage unter Einschluß der Sonn- und Festtage geteilt wird. Von diesem Grundsatz kann auch im vorliegenden Falle eine Ausnahme nicht deshalb zugelassen werden, weil hier durch die allgemeine Zubilligung des Krankengeldes für Sonn- und Feiertage als Mehrleistung gemäß § 191 Abs. 1 RVO. der Grundsatz des § 182 Nr. 2 a. a. O., wonach Krankengeld nur für jeden verlorenen Arbeitstag gezahlt werden soll, durchbrochen wird, und weil diese allgemeine Gleichstellung der Sonn- und Feiertage mit den Arbeitstagen bei der Krankengeldgewährung auch ihre gleichartige Behandlung bei der Ermittlung der Lohnstufen rechtfertigen könnte. Bei Zulassung solcher Berechnungsart würden alle diejenigen Versicherten, die nur an Wochentagen arbeiten, insofern geschädigt, als sie bei der Teilung ihres Gesamtlohns durch 360 und 30 anstatt durch 300 und 25 in der Regel in eine niedrigere, ihrem wirklichen Tagesarbeitsverdienst nicht entsprechende Lohnstufe eingereiht werden und demgemäß auch ein geringeres Krankengeld, als sie nach Maßgabe ihres Tagelohns beanspruchen können, erhalten würden, ein Nachteil, der durch die als Mehrleistung gewährte Zubilligung des Krankengeldes an Sonn- und Feiertagen nicht völlig ausgeglichen wird. Denn einmal würde bei kurzer, zu einem Krankengeldbezug an einem Sonntage nicht berechtigender Krankheitsdauer dieser Ausgleich nicht eintreten und sodann würden namentlich alle diejenigen Kassenleistungen, die nach Maßgabe des Grundlohns oder des Krankengeldes berechnet werden (zu vgl. §§ 186, 194, 195, 201, 370 RVO.) niedriger ausfallen. Demgegenüber kann nicht entscheidend sein, daß der niedrigeren Lohnstufe auch der geringere Beitrag entspricht, eine wirtschaftliche Benachteiligung des nur an Wochentagen arbeitenden Kassenmitgliedes gegenüber den auch an Sonn- und Feiertagen Beschäftigten bei der von der Kasse gewollten Rechnungsweise insoweit also nicht eintritt. Mit einer solchen Erwägung läßt sich nicht der gesetzlich verbürgte Rechtsanspruch jedes Versicherten, seinem wirklichen Tagesarbeitsverdienst entsprechend entschädigt zu werden, beseitigen. Die in dem Beispiel der Beschwerdeschrift behauptete ungleiche Behandlung zweier angeblich gleichgelohnter Kassenmitglieder ist nur eine scheinbare. Der nur an Wochentagen zur Arbeit verpflichtete Versicherte, der den gleichen Jahreslohn erhält wie ein anderer auch an Sonn- und Feiertagen Beschäftigter, befindet sich letzterem gegenüber in einer wirtschaftlich gehobeneren Stellung: denn sein für den Arbeitstag erzielter Verdienst ist ein höherer, auch steht ihm seine Arbeitskraft für die Sonn- und Feiertage zur freien Verfügung, er kann sie im eigenwirtschaftlichen Interesse nutzbringend verwenden. Seine Einreihung in eine höhere Lohnklasse als die des auch Sonntags zur Arbeit Verpflichteten ist somit gerechtfertigt.

Es kommt hinzu, daß bei Zulassung der von der Kasse beabsichtigten Rechnungsweise es folgerichtig auch gestattet werden müßte, ganz allgemein von allen regelmäßig arbeitenden Versicherten auch für 360 Tage im Jahre Beiträge zu erheben. Wenn man bei der Berechnung der Lohnstufen die Gleichstellung der Sonn- und Feiertage mit den wirklichen Arbeitstagen zuläßt, so fehlt jeder Grund, für die Beitragserhebung an dem Grundsatz festzuhalten, daß die Beiträge nur für wirkliche Arbeitstage zu entrichten sind. In der Tat hat die Kasse in einer vom Oberversicherungsamt in seiner angefochtenen Entscheidung nicht beanstandeten Bestimmung der Satzung auch die Beiträge für Sonn- und Festtage ganz allgemein vorgesehen; die Beiträge sind dort ebenso wie in dem Beispiel der Beschwerdeschrift für 30 Tage im Monat berechnet. Durch diese Berechnungsart aber würde im vorliegenden Falle, wo Beiträge in Höhe von $4^1/_2$ v. H. des Grundlohnes erhoben werden, die Grenze des § 386 RVO., wonach die Beiträge nur zur Deckung der Regelleistungen noch höher festgesetzt werden dürfen, nicht innegehalten werden. Allerdings erwächst der Kasse aus der von ihr eingeführten Berechnungsart dann kein Vermögensvorteil, wenn der Versicherte, für den nur die Wochentage Arbeits- und damit auch Beitragstage sind, Beiträge zwar für 360 Tage entrichtet, diese Beiträge aber nach dem geringeren Grundlohn bemessen werden, der sich durch Teilung seines Jahresarbeitsverdienstes durch 360 anstatt durch 300 ergibt. In den Fällen, wo solcher Versicherter durch die Teilung seines Gesamtlohns nach dem Maßstabe 360 und 30 anstatt 300 und 25 in eine niedrige Lohnstufe fällt, wird die Beitragserhebung von 360 Tagen im Jahre ausgeglichen durch die entsprechend geringere Höhe der Beiträge. Dagegen fällt dieser Ausgleich fort bei allen denjenigen Versicherten, die, gleichviel, ob ihr Jahresarbeitsverdienst durch 300 oder 360 geteilt wird, in derselben Lohnstufe bleiben und das sind jedenfalls alle, die mehr als 1944 M. im Jahre verdienen; denn diese bleiben auch dann in der obersten, mit 5,40 M. beginnenden Lohnstufe, wenn ihr Jahresarbeitsverdienst durch 360 geteilt wird. Insoweit sie nur an Wochentagen arbeiten, würden sie bei Zulassung der Sonn- und Festtage als Beitragstage um ein Sechstel zu hohe Beiträge zu ent-

Digitized by Google

richten haben. Auch aus diesem Grunde verbot es sich, die beanstandete Satzungsbestimmung zu genehmigen.

Anmerkung: Die dem letzten Absatz zugrunde liegende Auffassung, daß Beiträge nur für Arbeitstage zu entrichten seien, bildet auch den Kern einer weiteren Entscheidung (Nr. 1788), die wir für verfehlt halten und die eine besondere Erörterung findet.

Wegfall der Krankengeldwartezeit für alle Krankheiten. — Hebammendienste und Geburtshilfe nur für Versicherungspflichtige. — Keine Einengung des § 383 RVO. durch § 397 Abs. 4?

Beschluß des **Reichsversicherungsamts** vom 30. Oktober 1913.

In § 20 Abs. 1 Ziff. 2 sieht die Satzung als Krankenhilfe unter anderem vor: „Krankengeld für jeden Arbeitstag und den auf solchen fallenden Feiertag, wenn die Krankheit den Versicherten arbeitsunfähig macht, vom zweiten Tage an, wenn aber die Arbeitsunfähigkeit erst später eintritt, vom Tage ihres Eintrittes an." Nach § 182 Nr. 2 RVO. wird Krankengeld in der Regel erst „vom vierten Krankheitstag an, wenn aber die Arbeitsunfähigkeit erst später eintritt, vom Tage ihres Eintritts an" gewährt. Jedoch kann die Satzung nach § 191 Abs. 2 a. a. O. das Krankengeld „schon vom ersten Tage der Arbeitsunfähigkeit an zubilligen bei Krankheiten, die länger als eine Woche dauern, zum Tode führen oder durch Betriebsunfall verursacht worden sind, sowie mit Zustimmung des Oberversicherungsamts auch bei anderen Krankheiten." Das Oberversicherungsamt hat nun der erwähnten Satzungsbestimmung, wonach die Wartezeit für den Krankengeldbezug allgemein für alle Krankheiten auf einen Tag verkürzt wird, deshalb die Zustimmung versagt, weil sie sich nicht innerhalb der ihr in § 191 Abs. 2 RVO. gesteckten Grenzen halte; denn nach Wortlaut und Zweck jener Gesetzesvorschrift dürfe die Wartezeit außer bei den dort aufgeführten drei Gruppen — den länger als eine Woche dauernden, dem zum Tode führenden und den durch Betriebsunfall verursachten Krankheiten — mit Zustimmung des Oberversicherungsamts nur bei bestimmten anderen Krankheiten, die in der Satzung besonders aufzuführen seien, gekürzt oder beseitigt werden.

Zunächst war zu prüfen, ob die Beschwerde zu diesem Punkte überhaupt zulässig ist. Aus dem Umstande, daß es sich um eine Satzungsbestimmung handelt, die der Zustimmung des Oberversicherungsamts bedarf, könnte man entnehmen, daß die Sache der Nachprüfung des Reichsversicherungsamts entzogen ist, weil nach § 324 Abs. 3 RVO. in den Fällen, wo das Gesetz für einzelne Bestimmungen der Satzung die Zustimmung des Oberversicherungsamts fordert, die Versagung der Zustimmung endgültig ist. Im vorliegenden Falle geht aber das Oberversicherungsamt davon aus, daß es von seiner Befugnis, der Satzungsbestimmung zuzustimmen, überhaupt nicht Gebrauch machen könne, weil das Gesetz eine so allgemeine Verkürzung der Wartezeit gar nicht zulasse. Es nimmt also an, daß jene Bestimmungen den gesetzlichen Vorschriften, nämlich dem § 191 Abs. 2 RVO., nicht genüge, und hätte deshalb folgerichtig nicht nach § 324 Abs. 3 die Zustimmung, sondern nach dem zweiten Absatz dieses Paragraphen die Genehmigung versagen müssen. Hiergegen aber muß die Beschwerde zulässig sein, damit die Beschwerdeinstanz in grundsätzlicher Auslegung der Gesetzesvorschrift zunächst den Rahmen festlegt, innerhalb dessen dann das Oberversicherungsamt von seiner Befugnis, die Zustimmung nach freiem Ermessen zu erteilen oder zu versagen, Gebrauch machen kann.

In der Sache selbst konnte der Senat dem Oberversicherungsamte nicht beitreten. Nach den Worten „auch bei anderen Krankheiten" im § 191 Abs. 2 a. a. O. ist zwar zweifellos zunächst an einzelne, in der Satzung besonders aufzuführende Krankheiten gedacht. Es würde aber dem nichts im Wege stehen, daß eine Satzung sämtliche Krankheiten, die in Frage kommen könnten, einzeln aufzählte, so daß in der Tat hier eine Grenze zwischen einzelnen Krankheiten und allen Krankheiten nicht wird gezogen werden können. Aus dem Wortlaut ist also die Absicht einer Beschränkung in der vom Oberversicherungsamte bezeichneten Richtung nicht zu entnehmen. Ebensowenig ergibt sie sich aus dem Zwecke, den die neue Gesetzesvorschrift verfolgt. Nach dem bisherigen Rechte (§ 21 Ziff. 1 a KVG.) konnten die Kassen die Wartezeit für den Krankengeldbezug nach ihrem Belieben allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen wegfallen lassen. Da dies bisher häufig zu großen Mehrausgaben geführt hatte, die außer Verhältnis zu dem Vorteil standen, der den Versicherten aus einer solchen Maßnahme zu erwachsen pflegte, hielt es der Entwurf zur Reichsversicherungsordnung für zweckmäßig, den Wegfall der Wartezeit bei Krankheiten von kürzerer Dauer ganz auszuschließen, und beschränkte deshalb in § 206 (jetzt 191) die Befugnis zur Verkürzung der Wartezeit auf die länger als eine Woche dauernden, die zum Tode führenden und die durch Betriebsunfall verursachten Krankheiten (Begründung S. 158). Der Reichstag erweiterte aber den Rahmen wieder, indem er noch die Worte „sowie mit Zustimmung des Oberversicherungsamts auch bei anderen Krankheiten" hinzufügte. Die Befugnis, die Wartezeit abzukürzen, wurde also wieder auf alle Krankheiten erstreckt, zugleich wurde aber auch der Möglichkeit, daß mit der Befugnis Mißbrauch getrieben

Digitized by Google

werde, dadurch vorgebeugt, daß die Abgrenzung im einzelnen Falle dem Belieben der Kasse entzogen und in das pflichtmäßige Ermessen der Oberversicherungsämter gestellt wurde. Auf diese Weise war der mit der neuen Vorschrift verfolgte Zweck hinreichend gesichert. Grundsätzlich steht also einer Satzungsbestimmung, die die Wartezeit für den Krankengeldbezug bei allen Krankheiten unterschiedslos verkürzt oder beseitigt, nichts entgegen. Sache des Oberversicherungsamts ist es dann, nach den Verhältnissen des einzelnen Falles zu prüfen, ob und inwieweit eine Begrenzung der Befugnis zweckmäßig und erwünscht ist. Hierbei steht es dem Oberversicherungsamte selbstverständlich frei, die Verkürzung oder Beseitigung der Wartezeit innerhalb des nunmehr feststehenden Rahmens nur für einzelne Krankheiten zuzulassen oder für bestimmte Krankheiten auszuschließen, je nachdem wie es ihm die besonderen Verhältnisse zu erfordern scheinen. Damit diese Prüfung im vorliegenden Falle noch geschehen könne, war die Vorentscheidung insoweit aufzuheben und die Sache an das Oberversicherungsamt zurückzuverweisen. Die hiernach ergehende Entscheidung des Oberversicherungsamts ist sodann endgültig.

Ein weiterer Beschwerdepunkt betrifft die Versagung der Genehmigung zu § 30 Abs. 2 der Satzung. Nach § 198 RVO. kann die Satzung versicherungspflichtigen Ehefrauen oder allen weiblichen Versicherungspflichtigen unter der Voraussetzung des § 195 Abs. 1 Hebammendienste und ärztliche Geburtshilfe, die bei der Niederkunft erforderlich werden, zubilligen. Nach der beanstandeten Satzungsbestimmung sollen diese Leistungen „allen weiblichen Versicherten" gewährt werden. Mit Recht erblickt hierin das Oberversicherungsamt einen Verstoß gegen § 198 a. a. O., weil nach der Fassung des § 30 Abs. 2 der Satzung auch Versicherungsberechtigte Anspruch auf Leistungen hätten, die nach der Gesetzesvorschrift nur den Versicherungspflichtigen zukommen sollen. Dafür, daß hier nur ein redaktionelles Versehen vorliege, fehlt jeder Anhalt. Wenn auch die Beschränkung auf die Versicherungspflichtigen — besonders im Vergleich mit §§ 199 Nr. 3 und 205 Nr. 2 RVO. — schwer verständlich erscheint, muß es doch bei der ausdrücklichen Vorschrift bewenden. Dem Gesetzgeber kann nicht unterstellt werden, daß er mit „Versicherungspflichtigen" „Versicherte" gemeint habe. Der Beschwerde war daher insoweit der Erfolg zu versagen.

Endlich hat das Oberversicherungsamt die Bestimmung in § 56 der Satzung nicht genehmigt. Gemäß § 383 RVO. sind bei Arbeitsunfähigkeit für die Dauer der Krankenhilfe keine Beiträge zu entrichten. Diese gesetzliche Vorschrift ist in § 56 der Satzung mit der Einschränkung aufgenommen: „für die Dauer der Krankenhilfe, soweit diese volle Kalenderwochen umfaßt". Der Kassenvorstand beruft sich für die Zulässigkeit einer solchen Einschränkung auf Ausführungen, die sich in dem Handbuch der Krankenversicherung von Hahn in Anmerkung 4 b zu § 397 RVO. finden. In § 397 a. a. O. ist die Beitragszahlung und insbesondere die Einwirkung des Ausscheidens aus der Kasse auf die Beitragszahlung geregelt. Nach Abs. 4 kann die Satzung bestimmen, daß die Beiträge stets für volle Wochen erhoben und zurückgezahlt werden. Eine solche Bestimmung findet sich auch in § 52 der vorliegenden Satzung. Der vierte Absatz des § 397 a. a. O. kann sich aber nach dem Zusammenhange nur auf die vorhergehenden Absätze, also nur auf die Einwirkung des Ausscheidens aus der Kasse auf die Beitragszahlung beziehen; dagegen kann eine Satzungsbestimmung nach Abs. 4 nicht, wie Hahn an der obenbezeichneten Stelle ausführt, auch dann ihre Wirksamkeit äußern, wenn der Versicherte im Laufe der Woche arbeitsunfähig wird und deshalb die Beitragspflicht nach § 383 wegfällt. Für eine solche Einschränkung der Regel des § 383 aus einer Satzungsbestimmung nach § 397 Abs. 4 bietet das Gesetz keinen Anhalt, vielmehr muß davon ausgegangen werden, daß diese Regel ausnahmslos gilt. Beginnt also die Krankenhilfe im Laufe einer Beitragswoche und ist der Beitrag für diese Woche bereits gezahlt, so muß er nach Verhältnis der Zeit zurückgezahlt werden. Überdies deckt sich die Fassung des beanstandeten § 56 der Satzung auch nicht vollständig mit der von Hahn vertretenen Ansicht. Hiernach konnte auch in diesem Punkte die Beschwerde keinen Erfolg haben.

Anmerkung.

Von Geh. Justizrat Hahn in Zehlendorf (Berlin).

Zum dritten Punkte der Entscheidung ist folgendes zu bemerken: Es war ein Mißgriff der Kasse, daß sie die gesetzliche Vorschrift des § 383 RVO. nicht einfach so, wie sie lautet, in die Satzung übernahm, sondern eine Einschränkung beifügte, die doch im Grunde nur die Rechtsauffassung der Kasse von dem Verhältnis des § 383 zu einer dem § 397 Abs. 4 entsprechenden Satzungsvorschrift ausdrückt. Dergleichen gehört nicht in die Satzung (zu vgl. Hahn in Arb.-Versorgg. 1913 S. 362). Die Kasse war auch ohne die einschränkende Satzungsvorschrift nicht gehindert, ihre Auffassung, daß § 397 Abs. 4 auch auf § 383 einwirke, in der Praxis zur Geltung zu bringen und es den Beteiligten zu überlassen, im Einzelfalle den Weg des § 405 Abs. 2 zu beschreiten. Uebrigens ist die Kasse auch jetzt noch in der gleichen Lage. Denn die Wirkung des Beschlusses des Reichsversicherungsamts ist nur, daß jene streitige Einschränkung aus der Satzung heraus muß. Ob dann nicht das, was die Gründe der Entscheidung für unzulässig erklären, sich in Wahrheit aus dem Gesetz heraus als zulässig darstellt, dies darf die Kasse in jedem Einzelfalle pflichtmäßig prüfen, um danach das Gesetz und die Satzung zur Geltung zu bringen; denn die

Digitized by Google

Gründe der Entscheidung werden nicht rechtskräftig und auch der eigentliche Ausspruch wirkt nicht über den besonderen Fall hinaus.

Die Entscheidung ist aber in diesem Punkt als richtig nicht anzuerkennen, und ihre Begründung ist deshalb mangelhaft, weil sie auf einer allzu äußerlichen Betrachtung beruht und weder die Rechtsgeschichte noch den Zweck der Vorschrift in § 397 Abs. 4 beachtet. Diese entspricht dem bisherigen Abs. 3 des § 52 KVG. Dort hatte die Vorschrift nach dem Zusammenhange mit Abs. 1 und Abs. 2 zweifellos eine allgemeinere, nicht auf den Fall des Ausscheidens aus der Kasse beschränkte Bedeutung; denn der ganze Paragraph handelt von der Einzahlungspflicht der Arbeitgeber und von der Fälligkeit der Beiträge im allgemeinen. Steht nun auch Abs. 4 des § 397 RVO., äußerlich betrachtet, jetzt nur im Anschluß an Vorschriften über das Ausscheiden aus der Kasse da, so darf doch daraus allein nicht geschlossen werden, daß sie sich nur auf diesen Fall bezieht. Die Reichsversicherungsordnung hat zahlreiche derartige Umstellungen nur aus redaktionellen Gründen, ohne Absicht der Rechtsänderung, vorgenommen, und eine Absicht, die Tragweite der bisherigen Vorschrift einzuschränken, ist auch im vorliegenden Falle nicht erkennbar. Nach wie vor kann die Satzung bestimmen, daß die Beiträge „stets" für volle Wochen erhoben und zurückgezahlt werden. Wie danach schon die Wortfassung und die Entstehungsgeschichte des § 397 Abs. 4 der einschränkenden Auslegung des Reichsversicherungsamts entgegenstehen, so ist diese auch mit dem Zwecke der Vorschrift nicht zu vereinbaren. Der Zweck ist ersichtlich auf Vereinfachung der Kassen- und Rechnungsführung gerichtet (Peterſen Anm. 6 c zu § 397) und trifft „stets" zu, wenn an sich die Beitragspflicht, sei es durch Beendigung der Mitgliedschaft oder aus einem anderen Grunde, im Lauf einer Woche enden würde: und entsprechend trifft er immer zu, wenn die Beitragspflicht im Lauf einer Woche beginnt oder die bisherige in § 383 begründete Beitragsfreiheit im Lauf einer Woche wegfällt. Darin liegt auch der billige Ausgleich für die Arbeitgeber und die Versicherten. Erhebt die Kasse die Beiträge im voraus, aber stets nur für volle Wochen, so hat die Kasse bei Vorausbezahlung nichts zurückzuzahlen, wenn im Lauf einer Woche die Beitragspflicht endet, andererseits aber auch nichts zu empfangen, wenn die Beitragspflicht im Lauf einer Woche beginnt oder wiederbeginnt (zu vgl. v Woedtke Anm. 13 zu § 52 KVG.). Insoweit ist allerdings die bei Hahn a. a. O. angeführte Auskunft der Arb.-Versorgg. 1910 S. 607 Ziff. 4 nicht richtig. Daß aber die vom Reichsversicherungsamt nur aus der Stellung des § 397 Abs. 4 hergeleitete Beschränkung der Vorschrift auf den Fall des Ausscheidens aus der Kasse gründlich fehl geht, ergibt sich schon daraus, daß es dann an dem erwähnten billigen Ausgleich beim Eintritt in die Kasse inmitten einer Woche fehlte — eine Einseitigkeit und Unbilligkeit, welche dem Gesetzgeber zu unterstellen nicht der geringste Anlaß vorliegt.

C. Zur Unfallversicherung.

Wesentlicher Mangel des Verfahrens nach § 1592 RVO., wenn der Verletzte statt von dem Vorsitzenden des Versicherungsamts von einem Assistenten vernommen wird. Notwendigkeit der Zuziehung eines Protokollführers?

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Danzig** vom 3. September 1913.

Das Verfahren leidet an einem wesentlichen Mangel. Die Vernehmung des Versicherten vom 28. April 1913 ist von einem Kreisassistenten nicht von dem Vorsitzenden des Versicherungsamtes oder seinem Stellvertreter vorgenommen worden. Diese Vernehmung entspricht weder dem Wort noch dem Sinn des Gesetzes. Ein Beamter des Versicherungsamtes, auf dem die Vernehmung erfolgt, ist nicht das Versicherungsamt, vor dem sie nach § 1592 RVO. erfolgen soll und das sich nach § 1598 zur Sache äußern kann. Auch die Bestimmungen in Satz 4 und 5 des § 1592 weisen darauf hin. Aus ihnen ergibt sich, daß der Vernehmung vor dem Versicherungsamt, die dem Versicherten unter Umständen Kosten verursacht, das Gesetz besonderes Gewicht beilegt, wie dies in §§ 1594 ff. noch deutlicher hervortritt. Ueberdies sagen es die Motive ausdrücklich. Es handelt sich bei dem Ausdruck „Versicherungsamt" um eine beabsichtigte Terminologie. Wie sich aus dem „Bericht der Reichstagskommission über den Entwurf einer Reichsversicherungsordnung" Teil I S. 106 und 129 zweifelfrei ergibt, ist im Gesetz unter dem Ausdruck „Versicherungsamt" stets der Vorsitzende zu verstehen. Besonders deutlich tritt diese Terminologie in §§ 1601 und 1602 hervor. Das „Versicherungsamt" in § 1602, dem die Beisitzer hinzutreten, kann nicht etwas anderes sein, als das „Versicherungsamt" in § 1601, das zunächst das der mündlichen Verhandlung voraufgehende Vorverfahren erledigt. Jeden Zweifel hierüber beseitigt die Bestimmung in § 1604, wonach das Vorverfahren mit der mündlichen Verhandlung verbunden werden kann. In dem Einspruchsverfahren unter c) dieses Abschnitts der Reichsversicherungsordnung fallen die in §§ 1601 und 1602 (mit 1605) getrennt erscheinenden Vorgänge des Verfahrens unter d) vor selbst gemäß § 1592 und 1594 (mit 1598) stereoskopisch zusammen.

Solche Organisation eines Prozeßverfahrens ist auch sonst der Reichsgesetzgebung nicht fremd, wie z. B. in der Konsular- und Kolonialgerichtsverfassung, wo im Strafverfahren derselbe Konsul oder Richter, der die unter Zuziehung von Beisitzern stattfindende Hauptverhandlung leitet, vorher als Untersuchungsrichter das Vorverfahren bearbeitet.

Analog den Bestimmungen bei Erledigung des Einspruchsverfahrens durch das Versicherungsamt darf die Vernehmung vor der Berufsgenossenschaft

Digitized by Google

nicht einen Angestellten, nicht einmal dem Geschäftsführer übertragen werden; vgl. Lehmann, Reichsversicherungsordnung, Anm. 3 zu § 1592.

Einer anderen Auslegung, wie sie die Beklagte wünscht, fehlt es an einer Grundlage in der Entstehungsgeschichte des Gesetzes. Ursprünglich war an die Einführung besonderer „Versicherungsamtmänner" gedacht; und es wurde in den Vorberatungen betont, daß die Versicherungsamtmänner grundsätzlich die Befähigung zum höheren Verwaltungsdienst oder zum Richteramt besitzen müßten. (Bericht der Reichstagskommission Teil I S. 101 ff.). Es wurde ferner hervorgehoben, daß der Versicherungsamtmann besonders große Routine erlangen werde, wenn er alle Vernehmungen vorzunehmen habe. (Teil III S. 109 a. a. O.) Später ist dann von den Versicherungsamtmännern abgesehen worden. Es ist aber dafür Sorge getragen worden, daß den Leitern der unteren Verwaltungsbehörden, mit denen die Versicherungsämter vereinigt sind, zur Wahrnehmung der ihnen durch die soziale Gesetzgebung neu erwachsenden Geschäfte ständige Stellvertreter bestellt werden.

In Preußen sind, soweit hier bekannt, aus Anlaß der Einführung der Reichsversicherungsordnung, wo es erforderlich schien, Landratsämtern höhere Beamte zugeteilt worden. Im Bezirke des hiesigen Oberversicherungsamtes sind durch Verfügung vom 24. Juni 1912 für jedes Versicherungsamt drei Stellvertreter des Vorsitzenden aus der Zahl der Regierungsräte, Regierungsassessoren, Bürgermeister, Stadträte, Kreisdeputierten, Amts- und Gemeindevorsteher ernannt worden; bei den Landratsämtern sind als dritte Stellvertreter die Kreissekretäre bestellt worden. Die erforderlichen Vorbereitungen zur Durchführung des Gesetzes sind also nicht versäumt worden.

Wenn dessenungeachtet die Vernehmungen häufig durch Kreisassistenten auf Probe, Militäranwärter usw. vorgenommen werden mit der Begründung, daß es vereidigte Protokollführer seien, so läuft dieses Verfahren der Absicht der Gesetzgebung entgegen. Nicht auf den Eid kommt es an, sondern auf die Kenntnis der sozialen Gesetzgebung und eine längere amtliche Erfahrung.

Dagegen gehört ein Protokollführer, wenn er auch vom Gesetz nicht verlangt oder aufgeführt wird, neben dem Vorsitzenden begrifflich zu einer Vernehmung, wie sie in § 1592 RVO. vorgesehen ist. Die irrtümliche Praxis mancher Versicherungsämter, wie sie die Beklagte für richtig hält, führt anscheinend darauf zurück, daß ein Parallelismus in den polizeilichen Vernehmungen gesucht wird, während ein solcher nur in gerichtlichen Vernehmungen gefunden werden kann, zumal sich das Rentenverfahren als ein durch mehrere Instanzen getragenes Prozeßverfahren darstellt, wenn auch mit Offizialmaxime, wie sie dem Verwaltungsstreitverfahren eigen ist und neuerdings nach dessen Vorbild für das Verfahren in bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten angestrebt wird.

Es wird übersehen, daß die Vernehmung nach § 1592 RVO. nicht etwa nur eine schriftliche Eingabe des Versicherten ersetzen, sondern daß mit ihm verhandelt werden soll; und es liegt in der Richtung der selbstverständlichen und im § 1594 betonten Aufgaben des Vorsitzenden, dahin zu wirken, daß der Versicherte sich über alle erheblichen Tatsachen vollständig erklärt und sachdienliche Anträge stellt. Die Beschränkung der an solcher Verhandlung nach § 1592 teilnehmenden Personen auf den Vorsitzenden und denjenigen, der die in § 1594 verlangte Niederschrift anfertigt, ist eine Vereinfachung gegenüber den Verhandlungen nach § 1602, wo zum Vorsitzenden noch die Beisitzer hinzutreten.

Die von dem Oberversicherungsamt ständig vertretene Auffassung hat neuerdings in dem Erlaß des Ministers für Handel und Gewerbe vom 18. August 1913 — (Anzeigenblatt zum Ministerialblatt der Handels- und Gewerbeverwaltung, 13. Jahrgang Nr. 21 vom 4. September 1913 S. 554) —, wie auch in der Literatur — vgl. „Die Arb.-Versorgg., 30. Jahrgang Nr. 24 vom 21. August 1913 S. 555 f. —, eine Stütze gefunden.

Eine andere Frage ist die, ob das Oberversicherungsamt über solchen Mangel des Verfahrens hinwegsehen und ohne die in § 1690 gegebene Zurückverweisung entscheiden kann. Ein solches Verfahren wird im allgemeinen dann erörterungsfähig sein, wenn der Versicherte in der mündlichen Verhandlung vor dem Oberversicherungsamt erscheint. Würde man indessen bei dieser Voraussetzung eine dauernde Uebung in der gedachten Richtung zur Regel machen, so würde das in der Praxis dahin führen, daß die Aufgaben der Versicherungsämter auf die Berufungsinstanz übertragen würden.

Im vorliegenden Falle kann diese den Mangel jedoch schon deshalb nicht heilen, weil nicht nur der Versicherte nicht erschienen ist, sondern die Sache überhaupt noch genauerer Aufklärung durch geeignete Beweiserhebung über seine neueren Behauptungen bedarf. (Breithaupt.)

Anmerkung: Daß die Zuziehung eines Protokollführers „begrifflich" zu einer Vernehmung gehöre, halten wir für eine ganz unbegründete Annahme. Auch Stempel nimmt in dem in der Entscheidung erwähnten Aufsatz in Arb.-Versorgg. 1913 (S. 556) nur an, daß die Niederschrift durch einen Protokollanten erfolgen „kann". Die Zuziehung des Protokollführers gehört nicht zum Wesen der Vernehmung, sondern zur vorschriftsmäßigen Beurkundung, sofern nämlich das Gesetz diese Form vorschreibt.

Digitized by Google

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Das Oberversicherungsamt hat, wenn es den Rentenanspruch anerkennt, zur Frage des Ruhens von Amts wegen Stellung zu nehmen.

Revisionsentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 17. Oktober 1913.

'Das Oberversicherungsamt hat unter Aufhebung des von der Versicherungsanstalt erlassenen ablehnenden Bescheids der wegen eines tuberkulösen Leidens in M. lebenden Klägerin die Krankenrente zugebilligt, ohne sich mit der weiteren Frage zu befassen, ob die Rente etwa nach § 1313 Nr. 1 RVO. zu ruhen habe. Dies stellt in einem Falle wie dem vorliegenden einen Revisionsgrund dar. Wenn in einer Entscheidung eine Rente zugebilligt und dabei die Frage, ob die Rente zu ruhen habe, nicht berührt wird, so folgt daraus allerdings noch nicht etwa, daß ein Ruhen der Rente überhaupt nicht stattfinde. Vielmehr ist in solchem Falle die Entscheidung über das Ruhen der Rente lediglich offen gelassen, und das Ruhen kann noch nachträglich in einem besonderen Bescheide selbst für die zurückliegende Zeit ausgesprochen werden (zu vgl. die Revisionsentscheidungen 556 und 1079, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1897 S. 275 und 1903 S. 544 letzter Absatz). Indessen ist ebensosehr den Versicherten wie den Versicherungsträgern damit gedient, wenn in dem über den Rentenanspruch ergehenden Entscheide nicht nur die grundsätzliche Anerkennung, sondern auch die Zahlbarkeit der Rente endgültig geregelt und namentlich deren etwaiges Ruhen alsbald festgestellt wird (zu vgl. Revisionsentscheidung 754, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1899 S. 590). Demgemäß setzt die Revisionsentscheidung 1446 (Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1910 S. 429) als selbstverständlich voraus, daß insbesondere das Berufungsgericht, wenn es entgegen der Auffassung des Versicherungsträgers zur Bewilligung der Rente gelangt, befugt ist, zugleich über das Ruhen der Rente zu entscheiden. Da aber das Oberversicherungsamt den ihm vorliegenden Streitstoff völlig zu erschöpfen und den geltendgemachten Anspruch von Amts wegen in jeder seiner Beziehungen zu erörtern und zur Entscheidung zu bringen hat (zu vgl. Lehmann, Kommentar zur Reichsversicherungsordnung Bd. V Anm. 5 zu § 1675), so ist es nur folgerichtig, daß dem Oberversicherungsamt nicht nur die Befugnis, sondern auch die Pflicht zuerkannt wird, zu der Frage des Ruhens der Rente Stellung zu nehmen, sofern die Akten oder das Ergebnis der mündlichen Verhandlung hierzu Anlaß bieten.

Ein solcher Anlaß war in der vorliegenden Sache gegeben. Schon die eigene Erklärung der Klägerin in der Berufungsschrift, daß sie, um sich gesundheitlich einigermaßen zu halten, möglichst ununterbrochen in M. leben müsse, machte die Prüfung nötig, ob die Voraussetzungen des § 1313 Nr. 1 RVO. vorlägen. Die Unterlassung dieser Prüfung bedeutet also einen wesentlichen Mangel im Verfahren und eine Nichtanwendung des bestehenden Rechtes, so daß das angefochtene Urteil aufgehoben werden mußte (§ 1697 RVO.).

Das Durchgreifen eines Revisionsgrundes hat aber die Aufhebung des Berufungsurteils im ganzen Umfang zur Folge und beseitigt damit die bindende Kraft der tatsächlichen Feststellungen des Berufungsgerichts (Revisionsentscheidung 1698, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1913 S. 442; zu vgl. auch die oben und unten abgedruckten Revisionsentscheidungen 1761 A vorletzter Abs. und 1764 letzter Abs. in Verbindung mit der Revisionsentscheidung 1335, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1908 S. 441). Demnach mußte nunmehr das Revisionsgericht selbständig die sämtlichen Unterlagen des Rentenanspruchs untersuchen und auf Grund der jetzigen Aktenlage feststellen, ob die Klägerin wirklich invalide und rentenberechtigt ist, und bejahendenfalls, ob sie sich freiwillig gewöhnlich im Ausland aufhält (zu vgl. Revisionsentscheidung 1571, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1911 S. 518).

Bei der vorgenommenen Prüfung erschien dem Senat schon hinsichtlich der Frage der Invalidität die Sache für die eigene Entschließung noch nicht spruchreif. Es ist davon auszugehen, daß die sechzigjährige, gut genährte, wohl aussehende und kräftige Klägerin, die an einer chronischen und gutartigen Tuberkulose leichteren Grades leidet und nach ihrem körperlichen Zustand an sich zur Erzielung des Mindestverdienstes imstande ist, nur dann als invalide im Sinne des Gesetzes gelten kann, wenn die Wiederaufnahme oder Fortsetzung einer ihr zuzumutenden Arbeit nach menschlichem Ermessen einen Rückfall und damit den erneuten Verlust ihrer zurzeit vorhandenen Erwerbsfähigkeit nach sich ziehen wird. Einerseits genügt es nicht, wenn Rückfälle zwar bei Verrichtung der schweren Berufstätigkeit als Krankenpflegerin, aber nicht auch bei leichteren, angemessenen und den Mindestverdienst sichernden Beschäftigungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eintreten; und anderseits darf nicht bloß

Digitized by Google

eine allgemeine Besorgnis, sondern muß eine wirkliche Gefahr bestehen, daß die Vornahme solcher Arbeiten die befürchteten Rückfälle verursachen werde (zu vgl. Revisionsentscheidungen 748, 991 und 1543, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamt 1899 S. 559, 1902 S. 504, 1911 S. 417). Wenngleich nun gegen eine derartige Gefahr augenscheinlich die Gutachten des Dr. F. zu A. vom 24. Juni 1912 und des Stadtarztes Dr. S. zu A. vom 2. Juli 1912 sowie die gutachtliche Aeußerung des Geheimen Medizinalrats Dr. B. zu K. vom 17. November 1912 sprechen, so vermag doch auf der anderen Seite die Erklärung des Chefarztes Dr. G. zu M. in seinem Gutachten vom 22. Oktober 1912, daß die Rückfälle „durch Erkältung oder Anstrengung leicht und wann immer erfolgen können", in Verbindung mit den Gutachten des Dr. P. zu M. vom 5. Oktober 1911 und 11. September 1912 die Annahme jener Gefahr zu begründen. Ein abschließendes Urteil zu gewinnen, ist hiernach noch nicht möglich. Deshalb hat der Senat die Sache zur anderweiten Verhandlung und Entscheidung an das Oberversicherungsamt zurückverwiesen.

Dieses wird zunächst die Frage der Invalidität nach den obigen Darlegungen nochmals prüfen müssen. Es wird sich empfehlen, eine unter Beachtung der erörterten Gesichtspunkte genau zu begründende Aeußerung eines Obergutachters herbeizuführen. Dabei wird in Anbetracht derjenigen Gutachten, welche nicht einmal die Berufsinvalidität der Klägerin zugeben, zu prüfen sein, welche Bedenken ihrer Verwendung z. B. als Pflegerin in einer Kinderheilstätte oder im Bureaudienst irgendeiner Klinik entgegenstehen. Wenn das Oberversicherungsamt wiederum zur Bejahung der Invalidität gelangen sollte, so wird es weiter seine, von der Beklagten gleichfalls angefochtene Feststellung über den Beginn der Invalidität nachzuprüfen und schließlich zu untersuchen haben, ob die der Klägerin an sich zustehende Rente nach § 1313 Nr. 1 RVO. ruht, d. h. ob die Klägerin sich freiwillig gewöhnlich im Ausland aufhält (zu vgl. die vorstehende Revisionsentscheidung 1762, ferner Hanow-Lehmann, Kommentar zur Reichsversicherungsordnung Bd. IV Anm. 5 u. 6 zu § 1313, auch die Rekursentscheidung 2056, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1904 S. 495). In letzterer Hinsicht würde gegebenenfalls eingehend erörtert werden müssen, aus welchen Gründen gerade die Klägerin durch ihren Gesundheitszustand genötigt sein soll, im Ausland zu leben. Insbesondere dürfte die Tatsache nicht außer acht bleiben, daß viele Tausende von leicht Lungenkranken in Deutschland leben, ohne — bei geeigneter Lebensweise und Beschäftigung — der Gefahr einer Verschlimmerung ihres Leidens ausgesetzt zu sein.

Zur Anrechnung irrtümlich verwendeter Pflichtmarken auf frühere versicherungspflichtige Beschäftigung.

Revisionsentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 25. Juli 1913.

Die Klägerin hat in den Quittungskarten 1 und 1 a 98 Pflichtmarken nachgewiesen. Die Marken in Quittungskarte 1 a sind für ihre Beschäftigung bei dem Fleischermeister M. in K. verwendet. Diese Tätigkeit dauerte nach der einwandfreien Feststellung des Oberversicherungsamts 55 Wochen, während M. nur 52 Beiträge entrichtet hat. Nach Beendigung der Beschäftigung bei M. war die Klägerin bei ihrem Sohne tätig, der hierfür die Marken in der Quittungskarte 2 und den übrigen Quittungskarten verwendet hat. Das Oberversicherungsamt nimmt an, es seien mindestens 100 Pflichtwochen nachgewiesen. Die Beschäftigung der Klägerin bei ihrem Sohne sei jedenfalls während zweier Wochen versicherungspflichtig gewesen. Sollte sie aber versicherungsfrei gewesen sein, so seien von den für sie in der Quittungkarte 2 verwendeten Marken noch drei auf die Tätigkeit bei M. anzurechnen, da die Klägerin die Beiträge für diese Tätigkeit selbst entrichten konnte und zur Zeit der Verwendung der Marken in Quittungskarte 2 die Nachrichtenfrist (§ 1442 RVO., § 146 IVG.) noch nicht abgelaufen war.

Die Revision der Beklagten rügt, daß das Oberversicherungsamt die Beschäftigung der Klägerin bei ihrem Sohne mit Unrecht für versicherungspflichtig gehalten habe. Auch sei es unzulässig, die für diese Tätigkeit entrichteten Beiträge zum Teil auf die Beschäftigung bei M. anzurechnen.

Es kann dahingestellt bleiben, ob die erste Rüge zutrifft. Die zweite ist jedenfalls nicht begründet. Bei Prüfung dieser Rüge ist davon auszugehen, daß die Tätigkeit der Klägerin bei ihrem Sohne nicht versicherungspflichtig war und die Marken hierfür in der irrtümlichen Annahme der Versicherungspflicht verwendet worden sind. Solche Marken gelten nach § 1446 RVO. als zur Selbst- oder Weiterversicherung verwendet, wenn das Recht dazu in der Zeit der Verwendung bestand. Das schließt jedoch nicht aus, daß die Marken in erster Linie auf eine andere, versicherungspflichtige Beschäftigung angerechnet werden. Dies ist z. B. zulässig, wenn die versicherungspflichtige Tätigkeit in dieselbe Zeit fällt wie die versicherungsfreie Beschäftigung, für welche die Marken verwendet sind (zu vgl. die Revisionsentscheidungen 1420 und 1556, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1909 S. 502, 1911 S. 492). Hier hat die versicherungspflichtige Tätigkeit vor

Digitized by Google

der versicherungsfreien stattgefunden. Auch in diesem Falle hat das Reichsversicherungsamt bereits die Anrechnung der für die versicherungsfreie Beschäftigung verwendeten Marken auf die versicherungspflichtige Beschäftigung zugelassen, wenn der Versicherte die Beiträge selbst geleistet hatte und bei ihrer Entrichtung die Frist zur Nachbringung der für die versicherungspflichtige Tätigkeit rückständigen Marken (§ 146 IVG., § 1442 RVO.) noch nicht abgelaufen war (zu vgl. die Revisionsentscheidung vom 3. Mai 1902 in Sachen H. gegen die Versicherungsanstalt W. — II a 2860/01). Dort hat das Reichsversicherungsamt ausgeführt, daß nach den Umständen die Annahme nahe liege, der Versicherte habe die Beiträge, falls sie auf die Beschäftigung, für die sie ursprünglich gelten sollten, nicht angerechnet werden können, in fürsorglicher Weise für eine frühere versicherungspflichtige Tätigkeit entrichten wollen. Entscheidend war also der mutmaßliche Wille des Versicherten. Hat, wie hier, der vermeintliche Arbeitgeber die Beiträge geleistet, so ist folgerichtig sein mutmaßlicher Wille maßgebend. Im vorliegenden Falle war der Sohn der Klägerin ihr angeblicher Arbeitgeber. Er wollte zweifellos das Versicherungsverhältnis der Klägerin möglichst günstig gestalten. Er hat auch in keiner Weise erkennbar gemacht, daß die Marken in der Quittungskarte 2 lediglich für die Tätigkeit bei ihm gelten sollten. Sein Wille kann daher unbedenklich dahin ausgelegt werden, daß die Marken in jener Karte, falls sie auf die Beschäftigung der Klägerin bei ihm nicht angerechnet werden könnten, zugunsten der Klägerin möglichst für eine etwaige frühere, noch ungedeckte versicherungspflichtige Tätigkeit gelten sollten.

Das widerspricht nicht den Revisionsentscheidungen 1229 und 613 (Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1905 S. 499, 1897 S. 520). In der ersteren Entscheidung ist ausgeführt, daß Marken, die von einem Arbeitgeber für bestimmte Zeiten verwendet sind, für diese aber nicht gelten können, nicht auf eine andere Zeit, in welcher der Versicherte bei einem anderen Arbeitgeber beschäftigt war, angerechnet werden könnten. In der zweiten Entscheidung ist es als unzulässig bezeichnet, Doppelmarken, die unter der Herrschaft des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes vom 22. Juni 1889 für die freiwillige Versicherung verwendet waren, auf eine frühere versicherungspflichtige Tätigkeit anzurechnen. In beiden Fällen war jedoch, wie sich aus den Entscheidungen ergibt, der Wille des Arbeitgebers oder des Versicherten, die Marken lediglich für ein bestimmtes Arbeitsverhältnis oder als freiwillige für eine bestimmte Zeit zu verwenden, so deutlich erkennbar, daß es ihrem mutmaßlichen Willen nicht entsprochen hätte, sie in anderer Weise anzurechnen.

Auch hat das Reichsversicherungsamt an der Revisionsentscheidung 613 nicht für den Fall festgehalten, daß unter der Herrschaft des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes vom 22. Juni 1889 für die freiwillige Versicherung statt Doppelmarken irrtümlich einfache Marken verwendet waren. Vielmehr ist die Anrechnung solcher Beiträge auf eine frühere versicherungspflichtige Beschäftigung namentlich in der Revisionsentscheidung vom 19. November 1900 in Sachen H. gegen die Versicherungsanstalt B. — II a 1856/00 — ausdrücklich zugelassen worden.

Im vorliegenden Falle war nach der zutreffenden Feststellung des Oberversicherungsamts zur Zeit der Verwendung der Marken in Quittungskarte 2 die Frist zur Nachentrichtung der fehlenden Beiträge für die Beschäftigung der Klägerin bei M. noch nicht abgelaufen. Mit Recht konnte daher das Oberversicherungsamt von den für die Tätigkeit der Klägerin bei ihrem Sohne entrichteten Beiträgen noch drei auf die Beschäftigung bei M. anrechnen. Demnach ist die Wartezeit erfüllt, so daß es keiner Ermittlungen darüber bedarf, ob für die Klägerin noch sonstige Pflichtmarken verwendet worden sind. Es muß daher bei der angefochtenen Entscheidung bewenden.

Die Ausstellung und der Umtausch der Quittungskarten dürfen nur durch die zuständigen Stellen erfolgen.

Bescheid des **Reichsversicherungsamts** vom 16. September 1913.

Das Reichsversicherungsamt vermag der Auffassung der Versicherungsanstalt nicht beizutreten, daß nichts dagegen veranlaßt werden könne, wenn der Gutsbesitzer S. auf S. die Quittungskarten seiner Arbeiter grundsätzlich bei dem örtlich unzuständigen Amtsvorsteher in G. anstatt bei dem zuständigen Amtsvorsteher in S. umtauscht.

Durch § 1419 RVO. in Verbindung mit Ziff. 2 und 3 der preußischen Anweisung für die Quittungskartenausgabe vom 20. November 1911 sind die für die Ausstellung und den Umtausch der Quittungskarten in Betracht kommenden Stellen sachlich und örtlich bezeichnet, und es liegt nicht in der Hand des Arbeiters oder Arbeitgebers, anstatt der bezeichneten Stellen eine andere anzugehen. Ferner schreibt § 1413 RVO. vor, daß die Entrichtung der Beiträge durch Einkleben in „die", d. i. in die ordnungsmäßig ausgestellte und nicht etwa in eine beliebige Quittungskarte erfolgt.

Die zu Unrecht angegangene Stelle muß die Ausstellung oder dem Umtausch schon zum Schutze des Arbeiters ablehnen: denn es erscheint z. B. fraglich, ob eine von einer unzuständigen Stelle

Digitized by Google

ausgestellte Quittungskarte den Schutz des § 1445 RVO. genießt, und ob eine von einer unzuständigen Stelle erteilte Aufrechnungsbescheinigung die Kraft einer öffentlichen Urkunde besitzt (zu vgl. Hanow-Lehmann, Kommentar zur Reichsversicherungsordnung Bd. 4 Anm. 9 zu § 1413, Anm. 6 und 8 zu § 1419 und Anm. 3 zu § 1445 auch Anm. 5e zu § 1280; Weymann, Kommentar zur Reichsversicherungsordnung Anm. 4 zu § 1413 und Anm. 5 zu § 1419; Düttman-Appelius, Kommentar zur Reichsversicherungsordnung Bd. 4 Anm. 4 zu § 1445).

Die ordnungsmäßige Ausstellung der Quittungskarten und ihr Umtausch gehören aber weiter zur ordnungsmäßigen Erledigung des ganzen Beitragsgeschäfts. Darauf zu achten und darüber zu wachen, nötigenfalls die erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen (z. B. durch Anträge an die zuständigen Landesaufsichtsbehörden), gehört zum Aufgabenkreise der Versicherungsanstalten (§§ 1342, 1465 RVO.). Der Vorstand der Versicherungsanstalt wird daher ersucht, gegebenenfalls im Wege der Beschwerde an die betreffende Aufsichtsbehörde, dahin zu wirken, daß die Quittungskarten für das Gut S. nunmehr bei der zuständigen Stelle umgetauscht werden.

E. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsatz zu § 395 AVG. aus der Uebung der Reichsversicherungsanstalt.

(„Angestelltenversicherung" 1914 S. 6)

Sind die Voraussetzungen zur freiwilligen Versicherung nach § 394 Abs. 1 AVG. erfüllt, so steht auch bei Personen, die das 60. Lebensjahr bereits überschritten haben, einer Abkürzung der Wartezeit nach § 395 a. a. O. nach Erfüllung des hierfür sonst Erforderlichen nichts im Wege.

Die Abkürzung wird aber aus Sicherheitsgründen nur bis zu höchstens 10 Jahren gestattet, so daß von freiwillig Versicherten immer noch mindestens 30 Beitragsmonate erfüllt werden müssen, bevor sie Anspruch auf Bezug der gesetzlichen Leistungen geltend machen können.

Mankogelder sind auch insoweit dem Jahresarbeitsverdienst zuzurechnen, als sie tatsächlich zur Deckung von Fehlbeträgen verwendet werden müssen.

Beschluß des **Rentenausschusses Berlin** vom 13. Oktober 1913.

Der Kassierer bei der Bank für Handel und Industrie in B., E. H., erhält neben Gehalt und Gratifikation Mankogelder im Betrage von jährlich 900 M., die am Schlusse eines jeden Halbjahres mit 450 M. einem besonderen Konto gutgeschrieben und dem Angestellten verzinst werden. Abhebungen von diesem Konto dürfen, soweit sie nicht zur Deckung von Fehlbeträgen erforderlich sind, erst dann erfolgen, wenn das Guthaben 5000 M. übersteigt. Diese Summe soll als Sicherheit für etwaige Ansprüche der Arbeitgeberin dauernd auf dem Konto verbleiben und nur bei Aufgabe des Kassiererpostens oder Ausscheidens aus dem Dienste der Bank ausbezahlt werden.

Auf seine Anfrage, ob der nicht zur Deckung von Fehlbeträgen verwandte Teil von Mankogeldern dem versicherungspflichtigen Jahreseinkommen zuzurechnen sei, ist der Angestellte im Auskunftsverfahren dahin beschieden worden, daß die Mankogelder bei der Berechnung der Gehaltsklasse auch insoweit zu berücksichtigen seien, als dieselben zur Deckung von Fehlbeträgen verwandt würden. Er hat hiergegen zwecks Herbeiführung einer endgültigen Entscheidung das Streitverfahren gemäß § 210 AVG. beantragt. Einen bestimmten Anspruch hat er nicht erhoben. Die Arbeitgeberin hat eine Gegenerklärung auf den Antrag nicht abgegeben. Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte hat sich im Sinne der erteilten Auskunft ausgesprochen.

Der Rentenausschuß rechnete die Mankogelder dem Verdienst zu. Gründe:

Die Mankogelder bedeuten unter allen Umständen eine Vermehrung des für die Kassierertätigkeit bezogenen Entgeltes. Soweit sie nicht zur Deckung von Fehlbeträgen verwandt werden, erhöhen sie unmittelbar das Arbeitseinkommen; soweit sie dafür verwandt werden, tritt eine mittelbare Erhöhung ein, da ohne die Mankogelder die Fehlbeträge aus dem sonstigen Einkommen gedeckt werden müßten.

Die Mankogelder sind daher bei Berechnung des versicherungspflichtigen Jahresarbeitsverdienstes voll einzusetzen. Eine Gleichstellung mit den Beträgen, die zum Beispiel den Postagenten für Beschaffung von Heizung, Beleuchtung eines Dienstraumes gewährt werden, ist nicht angängig; denn diese Ausgaben sind zur Ausübung der dienstlichen Tätigkeit unbedingt erforderlich, während es von der Sorgfalt des Kassierers abhängt, ob überhaupt Fehlbeträge entstehen und somit ein Teil der Mankogelder nicht zur unmittelbaren Erhöhung des Arbeitsverdienstes dient.

Digitized by Google

F. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Unverbindliche Redensarten sind noch keine Anerkennung der Schadenersatzpflicht.

Urteil des **Reichsgerichts** vom 9. Oktober 1913. (IV 293/13).

Der Kläger, der Geselle in der Mühle seines Vaters war, holte am 16. Mai 1908 bei dem Landwirt F. zum Mahlen bestimmte Frucht ab. Als er einen etwa 120 Pfd. schweren Sack Getreide die vom Speicher zur Küche führende drei Stufen hohe Treppe hinabtrug, stürzte er und zog sich eine schwere Verletzung zu. Von der Müllereiberufsgenossenschaft bezieht er hierwegen eine Rente von jährlich 255 M. Auf Ersatz seines weitergehenden Schadens nimmt er die Beklagten als Erben des Landwirts F. in Anspruch, weil der Unfall durch mangelhafte Befestigung der Treppe entstanden sei. Landgericht und Oberlandesgericht Düsseldorf wiesen die Klage wegen Verjährung ab. Auf die Revision des Klägers erklärte der 6. Zivilsenat des Reichsgerichts: Der Kläger sieht eine Anerkennung seines Anspruchs durch F. darin, daß dieser ihm sofort nach dem Unfall und einige Tage später erklärt habe, er komme für allen Schaden auf, Kläger könne sich ruhig an ihn halten, er sei durch Versicherung gedeckt. Eine ähnliche Erklärung, sie kämen für allen Schaden auf, soll F. auch noch nach dem 8. Dezember 1908, also innerhalb der dreijährigen Verjährungsfrist, abgegeben haben. Zur Anerkennung im Sinne des § 208 BGB. ist erforderlich, daß die Erklärung oder das Verhalten des Schuldners das Bewußtsein von dem Bestehen der Schuld deutlich ergibt. Daran fehlt es hier. Die Aeußerungen des F. waren zur Beruhigung des Klägers bestimmt. Sie hatten, wie ihre Fassung zeigt, den Inhalt, daß er zur Entschädigung des Klägers bereit sei, weil und soweit er versichert sei. Sollte F. die Worte, er komme für den Schaden des Klägers auf, auch ohne den Zusatz, er sei versichert, wiederholt haben, so ist ihr Sinn, daß der Kläger sich an ihn halten könne, weil er versichert sei, doch der gleiche geblieben. Derartige Versprechungen von Versicherten, sie kämen für den Schaden auf, sind in der Regel nicht als unbedingt, sondern als unter dem Vorbehalt gegeben anzusehen, daß die Versprechenden schadenersatzpflichtig und durch die Versicherung gedeckt seien. Darin ist aber keine Anerkennung des Anspruchs zu finden, wie sie § 208 voraussetzt. Eine andere Beurteilung könnte insbesondere dann Platz greifen, wenn für den Ersatzpflichtigen sein Verschulden an dem Schaden außer Zweifel stände und er dieses und seine Haftpflicht zugeben wollte. In solchen Fällen werden aber gemeinhin andere Wendungen gewählt, als F. sie gebraucht haben soll. Der Kläger erblickt weiter in der Verabredung mit F., er wolle sich an diesen erst halten, wenn feststehe, was er von der Berufsgenossenschaft erhalte, eine die Verjährung hemmende Stundung. Hierin kann ihm jedoch nicht gefolgt werden. Denn es hat sich dabei um keine den materiellen Anspruch des Klägers betreffende Vereinbarung gehandelt, die den F. zur Verweigerung der Leistung berechtigen sollte, sondern um ein, der Kostenersparnis halber oder aus anderen Gründen für zweckmäßig erachtetes Abkommen, daß Kläger mit der Geltendmachung seiner Forderung warten solle, bis die Höhe der Unfallrente festgestellt sei. Aus § 225 BGB., der jede Erschwerung der Verjährung verbietet, folgt, daß die Vereinbarung über das „Ruhen der Ansprüche" des Klägers Wirkung nur innerhalb der Verjährungsfrist haben konnte, und daß der Kläger dadurch nicht gehindert war, zur Unterbrechung der Verjährung Leistungs- oder Feststellungsklage zu erheben. Die Revision wurde demzufolge zurückgewiesen. (Kompaß.)

Literarisches.

Die Krankenversicherung der Hausgewerbetreibenden nach der Reichsversicherungsordnung Von Dr. F. Hoffmann, Wirkl. Geh. Oberregierungsrat. Berlin 1914, Carl Heymanns Verlag. XI und 104 Seiten. Preis 2 M.

Den Lesern der Arbeiter-Versorgung ist der Verfasser seit vielen Jahren als ein treuer und hochgeschätzter Mitarbeiter unserer Zeitschrift bekannt und sie wissen die klare, unmittelbar auf das Praktische gerichtete Art zu würdigen, in der er schwierige und verwickelte Probleme angreift und behandelt, um sie dem Verständnisse näher zu bringen und die sachgemäße Anwendung des Gesetzes zu fördern. Das vorliegende Buch kann als ein Musterbeispiel für den trefflichen Sinn bezeichnet werden, mit dem der Verfasser praktischen Bedürfnissen entgegenkommt. Man weiß, welche Schwierigkeiten sich der Durchführung des neuen Rechts gerade bei der hausgewerblichen Krankenversicherung entgegenstellen. Diese Schwierigkeiten überwinden zu helfen, ist der Zweck des Buches. Einer über den Gegenstand aufklärenden allgemeinen Einleitung folgt, in der Form eines Taschenkommentars, die Mitteilung und ausführliche Erläuterung aller auf die Krankenversicherung der Hausgewerbetreibenden bezüglichen besonderen Vorschriften. Wo in diesen Vorschriften auf andere Gesetzesbestimmungen verwiesen wird, sind sie gleichfalls mitgeteilt und, soweit nötig, erläutert. Im Anhange sind die Bekanntmachungen des Reichskanzlers über Durchführung der hausgewerblichen Krankenversicherung vom 5. Dezember 1913 (RGBl. S. 770, Arb.-Versorg. 1914 S. 11) und vom 20. Dezember 1913 (RGBl. S. 789, Arb.-Versorg. 1914 S. 37) abgedruckt und — was besonders wertvoll ist — ebenfalls mit erklärenden Anmerkungen versehen. Den Krankenkassen, Behörden und sonst Beteiligten, namentlich auch manchen Gewerbetreibenden, wird das Buch, in seiner klaren Darstellung und übersichtlichen Anordnung des Rechtsstoffs, eine sehr erwünschte Aufklärung und Anleitung bieten.

Die Arbeitsordnung in den gewerblichen Betrieben Deutschlands. Vom Arbeitersekretär Friedrich Kleeis. Stuttgart 1914, Verlag von J. H. W. Dietz Nachf. 127 Seiten. Preis 1 M.

Unser geschätzter, eifriger Mitarbeiter hat in diesem Buche einen wichtigen Gegenstand des Arbeitsrechts mit großem Aufwande von Fleiß in interessanter und lehrreicher Weise behandelt. Nach einleitenden Bemerkungen über das Wesen der Arbeitsordnung und ihre Geschichte erörtert er das geltende Recht, dann den tatsächlichen

Digitized by Google

Inhalt der Arbeitsordnungen (von denen er rund 2000 eingesehen hat!) ferner ihre Kontrolle durch die Gewerbeaufsichtsbeamten und schließlich ihr Verhältnis zu den Tarifverträgen, um das Ergebnis in einem Schlußwort dahin zusammenzufassen, daß die gesetzlichen Bestimmungen äußerst lückenhaft und unklar sind und den Unternehmern die Handhabe bieten, den Arbeitsvertrag einseitig zu ihren Gunsten zu gestalten, so daß eine Reform des Arbeitsrechts in dieser Richtung zu den dringendsten Pflichten der Gesetzgebung gehöre. Man braucht nicht alles, was gegen die „kapitalistische Gesellschaftsordnung" vorgebracht wird, zu billigen; aber ganz besonders das reiche und äußerst interessante Tatsachenmaterial erbringt den überzeugenden Beweis, daß hier gar oft mit einer gesetzlich vorgeschriebenen Einrichtung Mißbrauch getrieben wird und daß ein wirkliches Reformbedürfnis vorliegt, mindestens aber größere Wachsamkeit und Initiative der Kontrollbehörden erforderlich ist. Hier, statt vieler, nur ein Beispiel aus einer Arbeitsordnung: „Den Organen der Polizei ist Ehrerbietung zu erweisen . . . Den Geistlichen und Volksschullehrern ist respektvoll zu begegnen. Es ist verboten, im Konkubinat zu leben. Die Familienangehörigen unserer Arbeiter sind verpflichtet, gegen den ortsüblichen Tagelohn bei den Erntearbeiten zu helfen . . ." Aus einer Arbeitsordnung für Fabrikarbeiter!!

Deutscher Sozialversicherungs-Kalender. Herausgegeben von Rob. Kohlrausch, Gerichtsassessor, Hilfsbeamter des Vorstandes der Landesversicherungsanstalt Hannover. Hannover 1914, Rechts-Staats- und Sozialwissenschaftlicher Verlag. Preis 3 M.

Einem Notiz- und Terminskalender für 1914 in der üblichen Form ist manches allgemein Wissenswerte (z. B. Münz- und Zinstabellen, Maße und Gewichte, Post- und Telegrammgebührentarif) vorausgeschickt. Dann folgt auf 474 Seiten (!) eine Fülle wichtigen Materials, das die Sozialversicherung betrifft, auf so dünnem Papier, daß das dauerhaft gebundene Buch nur mäßig überernährt erscheint und immerhin noch in eine nicht allzu spröde und widerspenstige Rocktasche hineingesteckt werden kann.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Zur gesetzlichen Vertretung von Ausländern, insbesondere Oesterreichern.

Sind Minderjährige oder sonst in der Geschäftsfähigkeit Beschränkte im Verfahren der Versicherungsträger oder vor den Versicherungsbehörden zuzuziehen, so müssen statt ihrer die gesetzlichen Vertreter zugezogen werden. Auf die Wichtigkeit einer ausreichenden Prüfung ihrer Legitimation ist in einem Rundschreiben des Reichsversicherungsamts vom 30. März 1899 (Amtl. Nachr. 1899 S. 464) besonders hingewiesen worden. Hieran erinnert ein Aufsatz in der „Berufsgenossenschaft" 1914 S. 3 ff. und er weist zugleich auf die in der Praxis oft sich ergebenden Schwierigkeiten sicherer Feststellung hin. Es wird sich empfehlen, in solchen Fällen die Heimatgerichte der betreffenden Beteiligten oder auch die Konsulate um Auskunft zu ersuchen, damit nicht ein Verfahren an einem wesentlichen Mangel leide, wenn Zustellungen, Ladungen usw. nicht an die nach dem maßgebenden Rechte berufenen und im Einzelfall von den Heimatgerichten tatsächlich bestellten Personen gerichtet worden sind.

Hinsichtlich österreichischer Staatsangehöriger wird darauf aufmerksam gemacht, daß Müttern und Großmüttern, die eine Vormundschaft führen, ein „Mitvormund" beigegeben wird, der aber der Vormünderin nur mit seinem Rate beizustehen hat; gesetzlicher Vertreter ist immer nur der Vormund, nicht der Mitvormund (§§ 211, 213 des Oesterr. Allg. Bürg. Gesetzb.). Daraus folgt, daß die Zustellung an den Mitvormund weder erforderlich ist noch genügt.

Dies ist richtig und entspricht der Rechtsprechung des k. k. obersten Gerichtshofes in Wien (vgl. Sammlung zivilrechtlicher Entscheidungen von Nowack IV S. 137). Daß diese Rechtslage auch von deutschen Gerichten und anderen Behörden zu beachten ist, ergibt sich aus Art. 7 des Einf.Ges. zum deutschen BGB., wonach die Geschäftsfähigkeit einer Person nach den Gesetzen des Staates beurteilt wird, dem die Person angehört.

Die Bedeutung der Lohnbücher für die Krankenversicherung der Heimarbeiter.

Die Forderung, daß der Bundesrat durch Erlaß der nötigen Ausführungsverordnungen für die Durchführung des § 4 des Hausarbeitsgesetzes (Lohnbücher betreffend) sorgen möge, hat durch das am 1. Januar erfolgte Inkrafttreten der Krankenversicherung der Hausgewerbetreibenden eine besondere Bedeutung gewonnen. Nach den Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung werden die Unternehmerzuschüsse zur Krankenversicherung der Heimarbeiter nicht wie bei den übrigen Krankenkassenmitgliedern nach festen Sätzen erhoben, sondern bemessen sich nach Prozenten des dem Hausgewerbetreibenden gezahlten Lohnes. Um bei einer so schwierig zu kontrollierenden Art der Berechnung der Beiträge wenigstens alle möglichen Unterlagen zu gewinnen, erscheint die rasche Inkraftsetzung des § 4 des Hausarbeitsgesetzes doppelt notwendig.

(Soziale Praxis.)

Ueber unerfreuliche Folgen der Angestelltenversicherung

berichtet die „Köln. Ztg." vom 13. Januar 1914. Die Tatsache, daß der Arbeitgeber in der Versicherungskarte auch den jeweilig fälligen Beitrag eintragen muß, bringe es mit sich, daß der neue Arbeitgeber aus der Versicherungskarte den bisherigen Gehalt des Angestellten kennen lerne; das könne aber leicht zu dem volkswirtschaftlich unerfreulichen Ergebnis führen, den Aufstieg des Angestellten zu höheren Gehaltssätzen erheblich zu erschweren. Hierfür führt der Gewährsmann der „Köln. Ztg." die beiden folgenden Beispiele an.

Ein Angestellter hatte sich auf eine Annonce hin um eine Stelle beworben, mit der ein wesentlich höheres Gehalt, als er es bisher bezogen hatte, verbunden war. Es wurde ihm auch die Stelle übertragen. Daß er sie zur vollsten Zufriedenheit seines Arbeitgebers ausfüllte, entnahm er u. a. daraus, daß sein Aufgabenkreis und

Digitized by Google

seine Selbständigkeit mehrfach erweitert wurden. Nach Ablauf eines halben Jahres glaubte er deshalb eine Gehaltserhöhung nachsuchen zu dürfen. Der Arbeitgeber erkannte auch ausdrücklich an, daß seine Leistungen ihn voll befriedigten, lehnte aber die Gehaltserhöhung mit der Begründung ab, daß der Angestellte sich, wie die Versicherungskarte ergebe, beim Eintritt in seine jetzige Stellung in solchem Maße verbessert habe, daß für absehbare Zeit eine weitere Erhöhung des Gehalts ausgeschlossen sei. In dem andern Falle hatte ebenfalls ein Angestellter sich durch Stellungswechsel erheblich verbessert. Seine neue Stelle versah er zur Zufriedenheit seines Arbeitgebers bis zu dem Augenblicke, in dem dieser die Versicherungskarte erhielt und aus ihr die mit dem Stellungswechsel für den Angestellten verbundene Gehaltserhöhung erfuhr. Nunmehr wurden ihm nicht nur im Vorwurfe der Uebervorteilung gipfelnde Vorhaltungen gemacht, sondern auch seine Leistungen entsprachen nach Aeußerungen des Arbeitgebers von jetzt an nicht mehr dem gezahlten Gehalt, so daß es schließlich zum Austritt des Angestellten aus seiner neuen Stellung kam.

Die „Köln. Ztg." meint wohl nicht mit Unrecht, es sei zu befürchten, daß diese Fälle nicht vereinzelt dastehen und daß künftig an die Stelle einer sachlichen, lediglich auf der Leistungsfähigkeit des Angestellten beruhenden Bemessung des Gehalts nicht selten das Bestreben des Arbeitgebers treten werde, den Aufstieg der Angestellten zu höheren Gehaltssätzen zu verlangsamen und nach Möglichkeit, auch gegenüber den Kollegen, gleichförmig zu gestalten — ein bedenklicher Schritt zur Bureaukratisierung des wirtschaftlichen Lebens, denn nur zu leicht entwickele sich aus diesen Verhältnissen eine Besoldungsform der Angestellten, die dem Steigen der Beamtengehälter nach Dienstjahren entspricht. — Der angegebene Ausweg, daß sich die Angestellten bei jedem Stellungswechsel eine neue Versicherungskarte ausstellen lassen sollten, wozu sie nach § 190 AVG. jederzeit berechtigt sind, würde dagegen soviel unnötige Arbeit und Kosten verursachen, daß man eher daran denken sollte, in den Versicherungskarten die Angabe über die Höhe der Versicherungsbeiträge wegfallen zu lassen und dafür — was auch aus anderen Gründen wünschenswert wäre — eine besondere Quittung über die für den Angestellten gezahlten Beiträge vorzuschreiben.

(Soziale Praxis 23 Sp. 484.)

Befreiung städtischer Angestellter von der Krankenversicherungspflicht nach § 169 RVO.

Die „Mitteilungen der Zentralstelle des deutschen Städtetages" (1913 Nr. 9/10) veröffentlichen das Ergebnis einer Rundfrage, wie folgt:

Nach § 169 RVO. sind von der Krankenversicherung befreit die in Betrieben oder im Dienste einer Gemeinde Beschäftigten, wenn ihnen gegen ihren Arbeitgeber ein Anspruch mindestens entweder auf Krankenhilfe in Höhe und Dauer der Regelleistungen der Krankenkassen oder für die gleiche Zeit auf Gehalt, Ruhegeld, Wartegeld oder ähnliche Bezüge im anderthalbfachen Betrage des Krankengeldes gewährleistet ist. Gegenüber dem bisherigen Rechtszustand bedeutet dies eine Erweiterung: Es fallen fortan auch die in nicht gewerblichen Betrieben der Stadt Beschäftigten, soweit ihr Jahresverdienst unter 2500 M. bleibt, an sich unter die Krankenversicherung und müssen besonders befreit werden. Für die Gemeinden wird hinsichtlich der Befreiung hauptsächlich die zweite Alternative (Gehaltsfortzahlung im $1^1/_2$ fachen Krankengeldbetrage) in Frage kommen. Beschlüsse in diesem Sinne haben bisher die folgenden Städte gefaßt (der Kreis der berücksichtigten Personen ist verschieden, zu beachten bleibt, daß beispielsweise in Bayern die Lehrer durch Gesetz — Art. 50 des bayrischen Ausf.-Ges. zur RVO. — die geforderten Bezüge erhalten, mithin für die Befreiung überhaupt nicht in Betracht kommen):

Chemnitz: für alle in Betrieben oder im Dienst der Stadt Beschäftigten;

Köln: für

a) ruhegehaltsberechtigte Beamte und Angestellte, Diätare und Supernumerare, sowie für die Lehrkräfte an den öffentlichen Schulen oder Anstalten,

b) Mannschaften der Berufsfeuerwehr,

c) Hilfsbibliothekarinnen bei den Lesehallen und Volksbibliotheken,

soweit das jährliche Diensteinkommen der unter a—c aufgeführten Personen 2000 M. und vom Inkrafttreten der Vorschriften des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung ab 2500 M. nicht übersteigt,

d) ferner für in den städtischen Armen- und Krankenanstalten im Arbeitsverhältnis beschäftigten Personen, denen Beköstigung und Wohnung in diesen Anstalten vertraglich zusteht;

für die unter d) aufgeführten Personen kann an Stelle der vorstehend vorgesehenen Leistungen die Gewährung von freier Kur und Verpflegung in einem Krankenhause nebst Angehörigenunterstützung nach § 7 des KVG. bzw. Hausgeld nach § 186 der RVO. treten.

Fürth: für die in städtischen Betrieben beschäftigten, einer Arbeitsordnung nicht unterstehenden städtischen Bediensteten, deren Dienstzeit nicht von vornherein auf eine Dauer von weniger als einem Jahre beschränkt ist (Aufnahme in den Dienstvertrag). Außerdem ist eine Abänderung der Beamtenordnung vorgenommen, durch welche die Fortzahlung auch bei Auflösung des Dienstverhältnisses sichergestellt ist, und zwar durch Aufnahme folgender Bestimmung: „Beamte, welche gemäß § 165 RVO. der Krankenversicherungspflicht unterliegen würden, erhalten auf die Dauer von 26 Wochen einen Barbezug im anderthalbfachen Betrag des Krankengeldes auch dann, wenn der Anspruch auf unverkürzte Verabfolgung des Diensteinkommens erloschen ist. Auf den Bezug wird der Betrag angerechnet, der dem Beamten für die gleiche Zeit als Diensteinkommen, Wartegeld, Ruhegehalt oder Unterhaltsbeitrag zukommt."

Kiel: für Beamte und Lehrer, die im städtischen Dienst oder an den städtischen öffentlichen Schulen mit festem Gehalt und im Hauptberuf angestellt sind, auf andere nur kraft besonderer Bestimmung des Magistrats. Außerdem ist versuchsweise bis 31. März 1915 Befreiung des mit voller freier Station in der Krankenanstalt beschäftigten unverheirateten Personals von der Krankenversicherungspflicht durch Gewährleistung des Anspruchs auf Krankenhilfe in Höhe und Dauer der Regelleistungen der Ortskrankenkasse beschlossen. Eine Kürzung des Lohnes bei dem bereits beschäftigten Personal mit Rücksicht auf den Wegfall der Kassenbeiträge soll nicht erfolgen; ob für neu einzustellendes Personal mit Rücksicht darauf eine Änderung der Lohnsätze erfolgen soll, bleibt von der Krankenhausverwaltung zu prüfen.

Leipzig: für städtische Beamte und gewisse Angestellte, nämlich: Beamte, Beamtinnen, technische Hilfsarbeiter, Hilfsexpedienten, Kanzleihilfsarbeiter, Kanzleigehilfen, Hilfsexpedientinnen, Kanzleihilfsarbeiterinnen, Maschinenschreiberinnen und Fernsprechgehilfinnen, Oberpflegerinnen, Pflegerinnen und Wärterinnen der städtischen Krankenhäuser, der Inspektion der Ratswache unterstehende Hilfsboten und Hilfsaufseher, Hilfsaufseherinnen der Arbeitsanstalt und des Polizeiamts, ferner die zur Probedienst-

Digitized by Google

leistung für eine Beamtenstelle eingestellten Personen sowie die an den städtischen Schulen angestellten Lehrer und Lehrerinnen, Hilfslehrer und Hilfslehrerinnen und die stundenweise oder nebenamtlich beschäftigten Lehrkräfte.

Ferner haben Berlin-Schöneberg und Stettin Beschlüsse über Befreiung gefaßt, die beide Alternativen des § 169 RVO. berücksichtigen, und zwar Schöneberg für alle städtischen Beamten und für alle Bediensteten der Feuerwehr, Stettin für die krankenversicherungspflichtigen Beschäftigten der Stadtgemeinde, die Beamteneigenschaft haben, die krankenversicherungspflichtigen Diätare, die Lehrer und Erzieher an öffentlichen Schulen oder Anstalten und die in der städtischen Verwaltung tätigen Schwestern des Ev. Diakonievereins Zehlendorf.

Eine größere Reihe weiterer Städte hat auf Beschlüsse oder Bestimmungen der Gehaltsordnung verwiesen, wonach Fortzahlung des Gehalts auf mindestens 26 Wochen, öfters auch auf längere Zeit erfolgt, mithin die Befreiung gegeben sei.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und deutlich zu schreiben.

„Grundsätzliche" Entscheidungen des Reichsversicherungsamts.

1. Nach M. Gladbach. Antwort: Daß eine Entscheidung als „grundsätzlich" bezeichnet ist (§§ 1716, 1801), ist bei Spruchsachen nur wegen §§ 1693, 1717, 1718, bei Beschlußsachen nur wegen § 1799 von Bedeutung. Darüber hinaus ist die Entscheidung weder für Beteiligte noch für Behörden allgemein bindend. Die „grundsätzliche" Entscheidung des Reichsversicherungsamts Nr. 1787 (Amtl. Nachr. 1913 S. 827) finden wir nur in ihrer Schlußausführung, ebenso wie die ganze Entscheidung Nr. 1788 unvereinbar mit den Ausführungen in Arb.-Versorgg. 1914 S. 33 ff. und recht verfehlt. Wir behalten uns vor, eine ausführliche Widerlegung zu bringen.

Zur Krankenversicherungspflicht von sogenannten „Häuslingen„ (Hofpächtern).

2. Nach Sulingen. Frage: Hier sind Streitigkeiten darüber entstanden, ob ein „Häusling" der Krankenversicherungspflicht unterliegt. Unter Häusling versteht man hier den Pächter eines Bauernhofes. Dieser ist durch mündlichen oder schriftlichen Vertrag verpflichtet, seinem Besitzer an verschiedenen Tagen des Jahres in der Landwirtschaft zu helfen. Die Arbeitstage sind ganz verschieden. Sie schweben zwischen 20 und 80 pro Jahr. Ebenso ist die Entschädigung nicht einheitlich. Es werden täglich 50 Pf. bis 3,00 M. gewährt. Die Häuslinge haben der Regel nach ein Durchschnittsvermögen von etwa 20000 M. und sind zur Steuer meistens mit 1800 bis 2100 M. veranlagt. Sie arbeiten meistens nur bei ihrem Hofbesitzer. Wir bitten um Ihre Ansicht über die Versicherungspflicht und, falls diese besteht, ob dann die Kasse diesen Leuten, die vielleicht nur einen Tag in der Woche und dann wieder 2—3 Wochen keine Lohnarbeiten verrichten, im Falle der Erkrankung auch die Leistungen für 26 Wochen gewähren muß, oder nur für die versicherungspflichtige Woche, d. h. also, für die Zeit, wo sie den Beitrag entrichteten.

Antwort: Der Häusling ist als Pächter eines Bauernhofes Unternehmer dieses landwirtschaftlichen Betriebes. Wenn er sich dem Verpächter zu landwirtschaftlichen Arbeiten in beschränktem Umfange verpflichtet, so ist das eine Nebenleistung aus dem Pachtvertrage, auch wenn er dafür einen, je nach dem Maße der Arbeit verschiedenen Entgelt empfängt. Ein eigentlicher Arbeitsvertrag liegt also nicht vor. Das würde freilich nicht entgegenstehen, im versicherungsrechtlichen Sinne ein Lohnarbeitsverhältnis anzurechnen, wenn es sich um eine Person handelte, die in Abhängigkeit von einem Arbeitgeber unselbständige Lohnarbeit verrichtet. Das nehmen wir aber nach der ganzen Stellung der in Frage stehenden Personen nicht an. Ihre Abhängigkeit vom Besitzer ist nur die eines Pächters und sie leisten ihm die Arbeit auch nur als selbständige Unternehmer, wie auch sonst ein Pächter oder Besitzer einem anderen gegen Entgelt Dienste leisten kann, ohne dadurch dessen „Arbeiter" im Sinne des § 165 Abs. 1 Ziff. 1 RVO. zu werden. Wollte man aber das Gegenteil annehmen, so ist doch nur die Pacht, nicht auch das Beschäftigungsverhältnis ein dauerndes. Es würde sich dann in jedem einzelnen Falle um vorübergehende Dienstleistungen von Personen handeln, die jedenfalls berufsmäßig keine Lohnarbeit verrichten, sondern nur gelegentlich nach Bedarf des Verpächters und in den durch den Pachtvertrag bestimmten Grenzen. Sie würden daher versicherungsfrei bleiben, wenn die Dienste im Einzelfalle auf weniger als eine Woche entweder nach der Natur der Sache beschränkt zu sein pflegen oder im Voraus durch den Vertrag beschränkt sind (vgl. Bekanntmachg. v. 17. November 1913, Arb.-Versorgg. 1913 S. 848). Fände einmal Beschäftigung ohne solche Beschränkung statt, so würde sie — falls man unseren grundsätzlichen Standpunkt nicht billigen wollte — versicherungspflichtig sein, und zwar nach den allgemeinen Vorschriften, nicht nach den besonderen Vorschriften für unständige Arbeiter; denn es handelt sich daher nicht um Personen, die berufsmäßig bald hier bald dort unständige Arbeiten verrichten (vgl. Hahn, Handb der Krankenversf. S. 615 Vorbem. vor § 441). Träte hiernach Versicherungspflicht ein, so würde im Krankheitsfalle die Kassenleistungen für die volle satzungsmäßige Dauer, auch über die Zeit der Beschäftigung hinaus, zu gewähren sein; für eine zeitliche Beschränkung, wie sie in der Anfrage in Erwägung gezogen ist, bietet das Gesetz nicht den geringsten Anhalt.

Ersatzanspruch des Armenverbandes trotz Verweigerung der kassenärztlichen Behandlung durch das Mitglied.

3. Nach Singen. Antwort: Wenn der Schlosser nicht bereits bei seinem Ausscheiden aus der Kasse am 20. September krank war, sondern erst vom 22. Sep-

Digitized by Google

tember ab, so würde er an sie keine Ansprüche haben, sofern er nicht vom 31. August bis 14. September einer andern Kasse angehört hat; die dreiwöchige Mitgliedschaft, die § 28 KVG. voraussetzt, kann sich nämlich auf mehrere Kassen verteilen, so daß der Zeit vom 15. bis 20. September, während deren er Mitglied Ihrer Kasse war, diejenige zuzurechnen ist, in der er unmittelbar vorher, einer andern angehört hat. Sollten hiernach die Voraussetzungen für die Anwendung des § 28 KVG. erfüllt sein, so müßte die Kasse dem Armenverband nach § 57 Abs. 2 KVG. Ersatz leisten. Es kann dahingestellt bleiben, ob der Schlosser dadurch, daß er zweimal das Krankenhaus, dem er überwiesen war, ohne Erlaubnis verließ und deswegen, sowie wegen seines ungebührlichen Verhaltens daraus entlassen wurde, seinen Anspruch auf Krankenunterstützung verlor. Die Rechtsprechung steht überwiegend auf dem Standpunkt, daß mit Rücksicht auf das Verhalten des Kranken der Anspruch des Armenverbandes nicht abgelehnt werden kann. So das Sächs. Oberverwaltungsgericht in der Arb.-Versorgg. 28 S. 209 und das Preußische in der Arb.-Versorgg. 28 S. 328.

Abgabe von Beschwerdesachen an das Reichsversicherungsamt (§ 1799 RVO.).

4. Nach Harburg. Antwort: Ob § 178 RVO. auch auf diejenigen anzuwenden ist, die schon vor 1914 bei mehr als 4000 M. Einkommen freiwillig versichert waren, ist eine streitige Frage, bei der es sich um „eine noch nicht festgestellte Auslegung gesetzlicher Vorschriften von grundsätzlicher Bedeutung" handelt. Deshalb wird das Oberversicherungsamt, wenn es gemäß § 405 Abs. 2 RVO. als Beschwerdeinstanz mit der Frage befaßt wird, die Sache an das Reichsversicherungsamt abzugeben haben (§ 1799 mit § 1693). Hierauf können die Beteiligten aufmerksam machen.

a) Wem liegt bei Schließung einer Kasse die weitere Leistung an arbeitsunfähige Mitglieder ob? b) Erhebung der Kassenbeiträge für jeden Tag. Aufgaben des Vorsitzenden des Vorstandes.

5. Nach Stargard i. P. a) Eine Kasse, die mit Ablauf des Jahres geschlossen wird, hat über diese Zeit hinaus Kassenleistungen nicht zu gewähren an solche Mitglieder, die einer anderen Kasse zu überweisen sind; denn diesen hat diese andere Kasse die weitere Leistung zu gewähren (§ 212 RVO.). Nun nimmt allerdings die Begründung zu § 301 (S. 194 zu § 314 Entw.) an, daß arbeitsunfähige Erkrankte nicht versicherungspflichtig sind und daher nicht überwiesen werden können, daß ihnen also der Vorstand der geschlossenen Kasse die weitere Leistung zu gewähren hat. Dies ist aber nur richtig, wenn bereits das Beschäftigungsverhältnis des Kranken gelöst ist. Besteht dies Verhältnis noch fort, so dauert auch die Versicherungspflicht, trotz der Arbeitsunfähigkeit, fort, so daß die betreffenden Mitglieder nach § 300 zu überweisen und nach § 212 von der anderen Kasse weiter zu unterstützen sind. Vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. S. 408 Anm. 2 zu § 301.

b) Wenn die Satzung die Beiträge für den Tag festsetzt und weiter bestimmt, daß sie monatlich berechnet und eingezogen werden sollen, so nehmen wir an, daß der 30fache Betrag zu erheben ist, und zwar ohne Rücksicht darauf, ob auch Sonntags gearbeitet wird oder nicht. Denn wenn auch das Krankengeld nur für Arbeitstage zu gewähren ist, so ist doch Krankenpflege unter allen Umständen auch für Sonntage zu gewähren. Deshalb muß auch für sie ein Beitrag erhoben werden, wenn die Satzung nicht anders bestimmt. Vgl. Arb.-Versorgg. 1913 S. 792 Ziff. 6.

c) Wenn die Mustersatzung im § 81 vorschreibt, daß der Ausschuß aus seiner Mitte einen Vorsitzenden wählt, so ist offenbar nur an einen Vorsitzenden für die einzelne Tagung, nicht für die ganze Wahlzeit von vier Jahren gedacht. Denn sonst würde ihm und nicht dem Vorsitzenden des Vorstandes die Einberufung und Vorbereitung der Ausschußsitzungen übertragen worden sein (§ 80 Abs. 1, 2, 7 der Mustersatzung). Eine abweichende Regelung durch die Satzung erscheint aber nicht unzulässig.

Zur Ausschließung des Vorsitzenden des Versicherungsamts aus § 1641 Ziff. 7 RVO.

6. Nach Lübeck. Frage: Kann der Vorsitzende des Versicherungsamtes in der mündlichen Verhandlung eines Einspruchs gegen den Bescheid einer Berufsgenossenschaft als befangen abgelehnt werden, weil er vor einigen Jahren als Vorsitzender eines Organs dieser Berufsgenossenschaft in derselben Unfallsache entschieden hat?

Antwort: Keinesfalls trifft der Ausschließungsgrund aus § 1642 RVO. zu, weil dieser voraussetzt, daß der Vorsitzende des Versicherungsamts „zugleich", also noch jetzt Vorsitzender eines Organs eines Versicherungsträgers ist. Es kann nur § 1641 Ziff. 7 in Frage kommen. Danach ist ausgeschlossen, wer als Mitglied eines Organs des Versicherungsträgers bei dem Beschluß „über die Leistung" mitgewirkt hat, d. h. über die gegenwärtig streitige Leistung. Gleichheit des Entstehungsgrundes, also des Unfalls, genügt nicht; es wird Gleichheit der Leistung, d. i. des streitigen Anspruchs, über den früher vom Genossenschaftsorgan beschlossen worden und jetzt vor dem Versicherungsamt zu verhandeln ist, vorausgesetzt. Das scheint nicht vorzuliegen, wenigstens ergaben ihre Angaben keinen hinreichenden Anhalt dafür. Wenn es sich insbesondere jetzt um eine Neufeststellung handelt, so ist der Vorsitzende des Versicherungsamts nicht deshalb ausgeschlossen, weil es sich früher um eine (andere) Feststellung auf Grund desselben Unfalls handelte.

Berechnung des Unfallzuschusses beim Hausgeld und beim Taschengelde.

7. Nach Frankfurt a. M. Frage: Eine Krankenkasse zahlt Krankengeld in Höhe von 75 % des Grundlohns. Das Hausgeld beträgt 75 % des Krankengeldes. Das Taschengeld an ledige Mitglieder ist auf ein Achtel des Grundlohns festgesetzt. Kommt im vorliegenden Falle gemäß § 573 RVO. bei Krankenhausbehandlung von Mitgliedern, die nur Anspruch auf das Taschengeld besitzen, ein Unfallzuschuß zu diesem Taschengeld überhaupt in Frage und wie hoch berechnet sich dieser Unfallzuschuß? Erhöht sich, wenn Hausgeld zu zahlen ist, auch dieses und um wieviel?

Antwort: Nach § 573 muß das Krankengeld des Unfallverletzten mindestens zwei Drittel des Grundlohns betragen. Da es im vorliegenden Falle schon nach der Satzung drei Viertel des Grundlohns beträgt, tritt eine Erhöhung nicht ein. Für das Hausgeld gilt Entsprechendes (Abs. 1 Satz 3 des § 573), d. h. es muß, weil es grundsätzlich dem halben Krankengelde gleich ist (§ 186), für den Unfallverletzten mindestens auf ein Drittel des Grundlohns bemessen werden. Im vorliegenden Falle beträgt es schon nach der Satzung drei Viertel des Krankengeldes, also drei Viertel von drei Vierteln des Grundlohns, d. i. neun Sechzehntel. Da dies mehr ist als ein Drittel des Grundlohns, tritt gleichfalls eine Erhöhung nicht ein. Zweifelhafter kann

Digitized by Google

sein, wie es sich mit dem sogenannten Taschengelde aus § 194 Ziff. 2 verhält. Da es vom Gesetze selbst als „ein Krankengeld" bezeichnet ist, so muß gleichfalls § 573 entsprechend angewendet, d. h. es muß in demselben Verhältnis erhöht werden, wie das Hauptkrankengeld (Arb.-Versorgg. 1908 S. 707 ff.; Entsch. des Bayr. VGH. in Arb.-Versorgg. 1911 S. 571 und des Preuß. OVG. vom 8. Juli 1912, Breithaupt 2 S. 314). Im vorliegenden Falle tritt allerdings eine Erhöhung des Krankengeldes nicht ein, aber nur deshalb nicht, weil es bereits durch die Satzung auf mehr als die im § 573 vorgeschriebenen zwei Drittel des Grundlohns bemessen ist. Ist das Taschengeld durch die Satzung nicht gleichfalls schon entsprechend hoch bemessen, so muß es gemäß § 573 erhöht werden. Der Höchstbetrag des Taschengeldes ist in § 194 Ziff. 2 auf die Hälfte des gesetzlichen Krankengeldes, d. i. ein Viertel des Grundlohnes festgesetzt: daher würde der Höchstbetrag des nach § 573 erhöhten Taschengeldes ein Drittel des Grundlohns sein. Da aber die Satzung ein Taschengeld nur in Höhe von ein Achtel des Grundlohns zubilligt, kann das Unfalltaschengeld nur ein Sechstel des Grundlohns betragen.

Die Dienstordnung gilt auch für die schon vorhandenen Angestellten und Beamten im Sinne des § 359 Abs. 1 RVO.

8. **Nach Hohenlimburg.** Antwort: Die Kasse muß für ihre Angestellten eine Dienstordnung aufstellen, die u. a. auch die Gehaltsverhältnisse, den etwaigen Anspruch auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenfürsorge zu regeln hat. Vertragsbestimmungen, die von der Dienstordnung abweichen, sind nichtig (§§ 351 ff., 357 Abs. 3 RVO.). Dies gilt auch für die bereits vorhandenen Angestellten, die im Dienste der Kasse bleiben (Art. 33, 34 Einf.Ges.). Deshalb muß, wenn der Vertrag mit Ihrem Rendanten in Kraft bleiben und nur in dem einen, von Ihnen bezeichneten Punkte geändert werden soll, die Dienstordnung so aufgestellt werden, daß die Vertragsbestimmungen mit ihr vereinbar sind. Wird eine solche Dienstordnung genehmigt, so gehört der Rendant zu den Beamten im Sinne des § 359 Abs. 1, weil er Anrecht auf Ruhegehalt hat und weil er auf Lebenszeit angestellt ist; denn die Bestimmung, daß ihm nur bei grober und wiederholter Pflichtverletzung gekündigt werden kann, kommt einer Anstellung auf Lebenszeit gleich. Für sachgemäßer würden wir aber die Fassung halten, daß der Rendant nur aus gleichen Gründen wie ein Gemeindebeamter entlassen werden darf.

Grenzen der Pflicht einer Kasse zur Auskunftserteilung an die Aufsichtsbehörde.

9. **Nach H.** Frage: Unsere Ortskrankenkasse wird am 31. Dezember geschlossen. Nun verlangt das Versicherungsamt mit Schreiben vom 4. Dezember, daß wir sämtliche Mitglieder nach Namen, Beruf, Geburtstag und Arbeitgeber, sowie die Höhe der Lohnklasse, der dieselben angehören, einreichen, und zwar bis 18. Dezember. Unseres Erachtens ist dieses Verlangen unberechtigt, da wir nicht das nötige Personal haben, um eine so umfangreiche Arbeit binnen so kurzer Zeit zu erledigen. Wir bitten daher, uns zu benachrichtigen, ob das Versicherungsamt berechtigt ist, ein solches Verlangen zu stellen, da unseres Erachtens vorläufig noch der Magistrat als Aufsichtsbehörde zu gelten hat. Unsere Kasse zählt 5500 Mitglieder.

Antwort: So sehr wir im allgemeinen den Kassen empfehlen, den Behörden bei den schwierigen Arbeiten zur Durchführung der Neuordnung entgegenzukommen, so ist doch aus den von Ihnen angeführten Gründen die gestellte Anforderung des Versicherungsamts eine unbillige und nur deshalb empfehlen wir, auch den formellen Gesichtspunkt geltend zu machen, daß einstweilen das Versicherungsamt noch nicht die Aufsichtsbehörde ist. Uebrigens aber kann auch die Aufsichtsbehörde eine solche Leistung nicht fordern. Der Kasse kann keine weitere Pflicht obliegen, als daß sie der Behörde das Material zur Verfügung stellt.

Ueber das Ersatzgeld für Krankenpflege nach § 370 RVO.

10. **Nach Somborn.** Antwort: Ob der Betrag von 90 Pf. für den Tag tatsächlich den nach § 370 RVO. zu gewährenden zwei Dritteln des durchschnittlichen Krankengeldes entspricht, können wir nicht sagen, weil die für die Berechnung erforderlichen Grundlagen uns nicht bekannt sind. Ueber die Berechnung ergibt sich das Erforderliche aus Hahn, Handb. der Krankenversf. S 524 Anm. 2c, übereinstimmend damit: „Grundsätze" des Bundesrats, Ziff. 4, Arb.-Versorgg. 1913 S. 834, wo zugleich hervorgehoben ist, das grundsätzlich die Barleistung den tatsächlich von dem Versicherten für Heilbehandlung und Heilmittel gezahlten oder zu zahlenden Betrag nicht übersteigen soll, daß es aber den Kassen überlassen bleibt, wie sie sich die Ueberzeugung verschaffen, welchen Betrag der Versicherte tatsächlich aufgewendet hat. Hieraus ergibt sich, daß nicht durchaus die Vorlegung von Quittungen verlangt werden muß, wenn die Angaben des Versicherten etwa sonst bestätigt werden oder ohne weiteres glaubhaft erscheinen. Namentlich wenn der Versicherte den Geldbetrag erhält, damit er erst in die Lage versetzt werde, sich die erforderliche Krankenpflege zu verschaffen, wird ein strikter Beweis des wirklichen Aufwandes naturgemäß nicht erbracht werden können und ein freies Ermessen der Kasse Platz greifen müssen. Mehr als zwei Drittel des durchschnittlichen Krankengeldes für den Tag darf sie keinesfalls zahlen. Dabei ist aber nicht der wirkliche Aufwand für den einzelnen Tag, sondern der Gesamtaufwand für die ganze Dauer des Unterstützungsfalles in Betracht zu ziehen und zu begleichen, soweit er zwei Drittel des durchschnittlichen Krankengeldes für diese ganze Zeit nicht übersteigt. Es kann also nicht ein Abzug von dem festgesetzten Betrage schon deshalb gemacht werden, weil der Aufwand für den einzelnen Tag einmal weniger beträgt, sondern es muß ein Ausgleich erfolgen mit den Tagen, an denen der Aufwand über den festgesetzten Betrag hinausgeht. Durch die Barleistung wird nicht nur die ärztliche Behandlung, sondern auch die Arznei, sowie Brillen, Bruchbänder und sonstige Heilmittel abgegolten (vgl. „Grundsätze" Ziff. 3). Wenn Krankenhauspflege notwendig oder sachgemäß und die Kasse sie zu gewähren bereit und in der Lage ist, so kommt die aus § 370 getroffene Anordnung selbstverständlich überhaupt nicht in Betracht.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Dippe**, Geh. Justizrat **J. Hahn**, Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat und Vortr. Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe Dr. **Hoffmann**, Geh. Reg.-Rat und Vortr. Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. **Laß**, Rat Dr. **Olshausen**, Geh. Rat Prof. Dr. **Rosin**, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. **K. Weymann**, Geh. Reg.-Rat Dr. **Zacher** u. anderen namhaften Fachmännern.
herausgegeben von
A. Troschel.

XXXI. Jahrgang. **1. März 1914.**

Redaktion:	**Nr. 7**	**Verlag und Expedition:**
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung A. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Bemessung der Kassenbeiträge für sechs oder für sieben Wochentage?

Von Geh. Justizrat **Hahn** in Zehlendorf (Berlin).

In einer als „grundsätzlich" bezeichneten Entscheidung vom 30. Oktober 1913 hat der Beschlußsenat des Reichsversicherungsamts, Abteilung für Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, folgendes ausgesprochen:

> „Wenn in einer Krankenkassensatzung das Krankengeld allgemein für Sonn- und Feiertage (zu vgl. § 191 Abs. 1 RVO.) zugebilligt wird, so dürfen die zu gewärtigenden Mehrausgaben nicht dadurch gedeckt werden, daß auch für die Sonn- und Feiertage Beiträge erhoben werden" (Nr. 1788 Amtl. Nachr. 1913 S. 829).

Die Entscheidung ist verfehlt und ihre Begründung in mehr als einer Hinsicht sehr bedenklich. In der Darstellung des Streitstandes heißt es zunächst: Das Oberversicherungsamt habe die Satzungsvorschrift über die Bemessung der Beiträge im wesentlichen um deswillen für unzulässig erachtet, weil die Beiträge von vier Hundertstel des Grundlohns nicht nur für die Werktage, sondern auch für die Sonn- und Feiertage erhoben werden sollen; der Kreisausschuß (der Beschwerdeführer) glaube jedoch hierzu befugt zu sein, da nach der Satzung allen Mitgliedern auch für Sonn- und Feiertage Krankengeld gewährt werde und die Reichsversicherungsordnung die Zahl der Tage, nach denen die Wochenbeiträge zu bemessen seien, nicht festgelegt habe. Demgegenüber leitet das Reichsversicherungsamt die eigentliche Begründung seiner Entscheidung mit folgenden Sätzen ein: „Für die Beurteilung der Rechtslage ist zunächst davon auszugehen, daß im § 21 Abs. 1 Nr. 2 der Kassensatzung von der Befugnis, welche der Kasse im § 191 Abs. 1 RVO. gegeben ist, zulässigerweise Gebrauch gemacht ist. Die Kasse hat nämlich die ihr gesetzlich obliegende Verpflichtung, ihren Mitgliedern für die Arbeitstage Krankengeld zu gewähren (zu vgl. § 182 Nr. 2 RVO.), durch die Satzung dahin freiwillig erweitert, daß sie ihren Mitgliedern unterschiedslos für sämtliche Kalendertage, also auch für Tage, an denen sie nicht arbeiten, einen Anspruch auf Krankengeld einräumt."

Hier drängt sich schon das erste Bedenken auf: oben ist berichtet, daß die Satzung allen Mitgliedern „auch für Sonn- und Feiertage" Krankengeld gewähre, und nun heißt es mit einem Male, den Mitgliedern sei Anspruch auf Krankengeld „unterschiedslos für sämtliche Kalendertage" eingeräumt. Das ist doch nicht dasselbe! Das Krankengeld ist nach dem Gesetze (§ 182) „für jeden Arbeitstag", mag er ein Wochentag oder ein Sonn- oder Feiertag sein, zu gewähren; bestimmt eine Satzung, daß Krankengeld „unterschiedslos für sämtliche Kalendertage" gewährt wird, so sind nicht bloß die Sonn- und Feiertage, sondern auch solche Werktage eingeschlossen, die für den Versicherten keine Arbeitstage sind, d. h.

Digitized by Google

an denen er nach der Ordnung des Betriebes oder nach der Art seines Beschäftigungsverhältnisses weder zu arbeiten noch sich dienstbereit zu halten hat (die Ausdrucksweise der Entscheidung: „an denen sie nicht arbeiten" ist ungenau und irreführend). Was also ist richtig? Billigt die Satzung im vorliegenden Falle wirklich das Krankengeld für jeden Kalendertag zu, so ergibt sich alsbald ein weiteres Bedenken: dann ist es nämlich unrichtig, daß die Satzung, wie die Entscheidung meint, von der Befugnis aus § 191 Abs. 1 RVO. „zulässigerweise" Gebrauch gemacht habe. Denn das Gesetz läßt eine Ausnahme von der Regel, daß Krankengeld für Arbeitstage gewährt wird, ausdrücklich nur für Sonn- und Feiertage zu. Eine Satzungsvorschrift, wonach das Krankengeld auch für Werktage gewährt werden soll, die keine Arbeitstage sind, ist unzulässig und ungültig. Es ist nicht zulässig, z. B. einem Arbeiter, der abredegemäß nur am Montag und Donnerstag jeder Woche zu arbeiten hat, Krankengeld für alle sieben Tage der Woche zuzusprechen.

Wie hiernach schon die einleitenden Erwägungen, so sind auch die weiteren Ausführungen widerspruchsvoll und unrichtig. Von der Annahme ausgehend, daß eine zulässige Erweiterung der Kassenleistungen vorliege, meint das Reichsversicherungsamt: es frage sich nun lediglich, ob es auch zulässig sei, die hierdurch zu gewärtigenden Ausgaben „durch Erhebung besonderer Beiträge auch für die Tage, die keine Arbeitstage sind, aufzubringen"; die Frage sei aber zu verneinen. „Anderfalls würde nämlich der Grundsatz durchbrochen werden, daß Beiträge nur für Arbeitstage erhoben werden dürfen." Vergebens frage ich mich, wo denn ein solcher „Grundsatz" ausgesprochen oder aus welchen Vorschriften er etwa abzuleiten sei; und wenn das Reichsversicherungsamt hinzufügt: „wie denn auch der Arbeitgeber die Beitragsteile der Versicherungspflichtigen nur bei der Lohnzahlung wieder einziehen darf (§ 394 Abs. 1 RVO.)", so muß ich bekennen, daß es mir nicht gelingen will, den Zusammenhang dieser Bemerkung mit der Frage, um die es sich handelt, zu ergründen. Man kann doch dem Reichsversicherungsamte, angesichts der §§ 394, 395 kaum unterstellen, daß es gemeint habe: wenn für Tage, an denen nicht gearbeitet und für die daher auch Lohn nicht gezahlt werde, gleichwohl Beiträge erhoben würden, so könne der Arbeitgeber sein Lohnabzugsrecht nicht verwirklichen! Des weiteren aber, so führt die Entscheidung aus, würde es bei Bejahung der Frage grundsätzlich als zulässig gelten müssen, die Ausgaben für eine bestimmte Mehrleistung durch besondere Beiträge aufzubringen, und dies widerstreite dem Willen des Gesetzgebers, der nur für ganz bestimmte Fälle eine verschiedene Bemessung der Beiträge zugelassen habe (§ 384), während im übrigen alle Ausgaben gegebenenfalls durch eine Erhöhung der ordentlichen Beiträge um Hundertstel gedeckt werden müssen. Dies ist an sich eine richtige Erwägung; nur hat sie mit unserer Frage nicht das geringste zu tun. Wenn nämlich der Kreisausschuß in der Beschwerde bemerkt hat, er halte sich zur Erhebung der Beiträge auch für die Sonn- und Feiertage für befugt, weil auch für diese Tage Krankengeld gewährt werde, so ist das schief ausgedrückt, weil dieser „Grund" in Wahrheit nur das rechtlich ganz belanglose Motiv bezeichnet; wenn aber der Kreisausschuß begründend weiter bemerkt, daß die Reichsversicherungsordnung die Zahl der Tage, nach denen die Wochenbeiträge zu bemessen seien, nicht festgelegt habe, so hat er den Nagel auf den Kopf getroffen! Nicht das steht in Frage, ob die Satzung wegen der Mehrleistung an Krankengeld die Beiträge für alle sieben Tage der Woche berechnen dürfe, sondern es handelt sich darum, ob denn überhaupt irgend etwas entgegensteht (auch wenn nur die Regelleistungen gewährt werden), die Beiträge in den Grenzen des § 386 für alle sieben Tage der Woche zu berechnen. Das Reichsversicherungsamt führt aus: Durch die von der Kasse gewählte Berechnungsart sei die Grenze des § 386 ($4^1/_2$ % des Grundlohns) im Ergebnis überschritten; denn die Belastung der Kassenmitglieder sei größer, wenn allgemein für sieben Wochentage 4 %, als wenn für sechs Wochentage $4^1/_2$ % als Beitrag erhoben werden. Das Reichsversicherungsamt faßt also den § 386 dahin auf, daß die Beiträge bei der Errichtung der Kasse auf höchstens $4^1/_2$ % des Grundlohns für nur sechs Tage festgesetzt werden dürfen. Eine Begründung dieser Annahme

Digitized by Google

fehlt. Man hat sie wohl in dem erwähnten vermeintlichen Grundsatz, daß Beiträge nur für Arbeitstage erhoben werden dürfen, zu suchen, so daß hier nicht eigentlich ein neuer Grund, sondern nur eine Anwendung jenes sogenannten Grundsatzes vorliegt. Dann aber ist die Entscheidung nicht nur, wie oben dargelegt, in dem Bericht über den Inhalt der streitigen Satzungsvorschrift, sondern auch in der Begründung durchaus widerspruchsvoll: der Schluß kommt darauf hinaus, daß die Beiträge nur für sechs Tage der Woche also nur für 312 oder 313 Tage des Jahres erhoben werden dürfen; nach dem oben im Eingange mitgeteilten Satze sollen Beiträge für Sonn- und Feiertage nicht erhoben werden, so daß nur etwa rund 300 Tage übrig blieben; und um die Mitte der Ausführung herum heißt es, daß Beiträge nur für Arbeitstage, also je nach der Art des Beschäftigungsverhältnisses nur für etwa 100 oder 150 oder 200 usw. Tage im Jahr erhoben werden dürfen. Was also ist die eigentliche Meinung der Entscheidung?

Es kommt nicht darauf an, dies zu ergründen; denn keine der in Frage kommenden Meinungen läßt sich aus dem Gesetze rechtfertigen, sondern seine Vorschriften ergeben, daß, solange die Mitgliedschaft oder genauer: solange eine Beitragspflicht überhaupt besteht (vgl. über Mitgliedschaft ohne Beitragspflicht: § 383, und über Beitragspflicht ohne Mitgliedschaft: § 397), die Beiträge ausnahmslos für jeden einzelnen Tag zu erheben oder richtiger: zu berechnen sind, so daß eine Satzung, die den Beitrag auf $4^1/_2$ % des Grundlohns für jeden Kalendertag festsetzt, sich durchaus in den Grenzen des nach § 386 Zulässigen hält. Worauf denn könnte eine abweichende Meinung sich stützen? Das Reichsversicherungsamt verweist auf Hoffmann Anm. 10 zu § 182 RVO. Dort heißt es: „Auch die Beiträge werden nur für Arbeitstage erhoben." Eine Begründung fehlt; aber da der Satz sich in der Anmerkung findet, wo der Begriff des „Arbeitstages", für welchen Krankengeld zu zahlen ist, erläutert wird, so darf man annehmen, daß nach Hoffmanns Meinung Beiträge für andere Tage deshalb nicht erhoben werden, weil für sie ein Krankengeld nicht gezahlt wird. Dies war wohl auch die Meinung v. Woedtkes, der in Anm. 10 zu § 6 KVG. bemerkt: wer auch an Sonntagen zu arbeiten oder wenigstens sich zur Dienstleistung bereit zu halten habe, dem sei auch für die Sonntage Krankengeld zu zahlen; wem aber an Sonntagen Krankengeld zukomme, der habe auch für die Sonntage Beiträge zu leisten. Da das Reichsversicherungsamt, außer dem Hinweis auf Hoffmann, irgendeinen anderen Grund für die Freilassung irgendwelcher Tage von Beiträgen nicht vorbringt, so darf man annehmen, daß für seine Auffassung — gleichviel ob es nur an Sonntage, oder an Sonn- und Feiertage, oder an alle Tage, die nicht Arbeitstage sind, gedacht haben mag — der Gedanke an eine unlösbare Wechselbeziehung zwischen Krankengeld und Beiträgen bestimmend gewesen ist: Kein Krankengeld, keine Beiträge. Und dieser Gedanke ist falsch.

Die Mittel für die Krankenversicherung sind durch Beiträge der Arbeitgeber und der Versicherten aufzubringen (§§ 380, 381); die Beiträge sind in Hundertsteln des Grundlohns so zu bemessen, daß sie für die zulässigen Ausgaben der Kasse ausreichen (§ 385). Zulässig sind die Ausgaben für die satzungsmäßigen Leistungen, für die Füllung der Rücklage, für die Verwaltungskosten und für allgemeine Zwecke der Krankheitsverhütung (§ 363). Für jeden einzelnen dieser Zwecke hat die Kasse sich an jedem einzelnen Tage des Jahres bereit zu halten, für jeden dieser Zwecke hat sie Ausgaben gegebenenfalls an jedem Tage — oder doch für jeden Tag — des Jahres zu machen. Was die satzungsmäßigen Leistungen betrifft, so wird zwar das Krankengeld und das ihm gleichartige Wochen- und Schwangerengeld grundsätzlich nur für Arbeitstage gezahlt, aber alle anderen Leistungen — ärztliche Behandlung, Arzneien, Heilmittel, die an Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes (!) tretende Krankenhauspflege, sonstige Leistungen der Wochenhilfe, Familienhilfe — sind für alle Tage zu gewähren und aus den Beiträgen zu bestreiten; und der Anspruch aufs Sterbegeld, das „beim Tod eines Versicherten" gezahlt wird (§ 201), hängt nicht davon ab, ob der Tod an einem Wochen- oder an einem Sonntage, an einem Arbeits- oder Feiertage eintritt. Die Rücklage deren Füllung gleichfalls aus den Beiträgen bestritten werden muß, dient zur Deckung unvorhergesehenen

Digitized by Google

Bedarfs, der, wie alles Unvorhergesehene, sich um den Kalender nicht kümmert. Verwaltungskosten — Miete, Gehälter usw. — sind für jeden Tag aus den Beiträgen zu bestreiten. Wenn schließlich die Kasse Aufwendungen für allgemeine Zwecke der Krankheitsverhütung machen will, so wird sie auch diese Kosten ohne Ansehen des Tages bestreiten müssen. Und bei alledem sollte es gerechtfertigt oder gar geboten sein, gewisse Tage beitragsfrei zu lassen, nur weil die Kasse eine einzelne Leistung, die auch aus den Beiträgen zu bestreiten ist, für diese Tage nicht gewährt? Das Gegenteil folgt nicht nur aus dem soeben dargelegten Zwecke der Beitragserhebung, sondern auch aus anderen Vorschriften. Das Gesetz schließt nämlich in gewissen Fällen den Anspruch auf Krankengeld schlechthin aus oder ermächtigt die Satzung, ihn auszuschließen (§§ 215, 420, 423, 494; vgl. auch § 424). Stände das Gesetz auf dem Standpunkt, daß für Tage, die keine Krankengeldtage sind, Beiträge nicht erhoben werden, so würde sich in den erwähnten Fällen völlige Beitragsfreiheit ergeben. In allen diesen Fällen ist aber ausdrücklich vorgeschrieben, daß die Beiträge „entsprechend zu ermäßigen" sind; und das beweist doch wohl, daß es nicht die Meinung des Gesetzes sein kann, daß für krankengeldfreie Tage ein Beitrag nicht erhoben werden dürfe.

Dergleichen kann auch nicht etwa aus § 384 Abs. 3 hergeleitet werden. Dort ist verordnet: „Billigt die Kasse das Krankengeld nicht allgemein für Sonn- und Feiertage zu, so kann sie die Beiträge für solche Mitglieder entsprechend erhöhen, für welche die Sonn- und Feiertage Arbeitstage sind." Das bedeutet selbstverständlich nicht, daß die Beiträge regelmäßig nur für sechs, in dem Ausnahmefalle des § 384 Abs. 3 aber für sieben Tage erhoben, also um $^1/_6$ erhöht werden; sondern die „entsprechende" Erhöhung kann nur als eine solche verstanden werden, welche dem Verhältnis der Mehrleistung an Krankengeld zu dem Werte der sonstigen Kassenleistungen entspricht (zu vgl. als vorbildliche Vorschrift für entsprechende Ermäßigung: § 420 Abs. 3 RVO. und § 137 Abs. 2 Satz 1 des Ges. vom 5. Mai 1886, RGBl. S. 132). Das ist bei weitem nicht $^1/_6$, sondern, je nach dem Maße der Leistungen der einzelnen Kasse, vielleicht $^1/_{15}$ bis $^1/_9$ (vgl. Treutlein in Arb.-Versorgg. 30 S. 415). Daß das Gesetz die Zulässigkeit einer solchen stärkeren Heranziehung derjenigen, die auch an Feiertagen zu arbeiten haben, ausdrücklich hervorhebt, läßt nur darauf schließen, daß ohne eine dem § 384 Abs. 3 entsprechende Satzung die Beiträge für alle Mitglieder, mögen sie an Feiertagen zu arbeiten und folglich Krankengeld zu fordern haben oder nicht, nach gleichen Grundsätzen zu bemessen sind. Und hieraus wiederum ist zu schließen, daß auch umgekehrt der Umstand, daß für einzelne Mitglieder irgendwelche Tage keine Arbeits- und folglich keine Krankengeldtage sind, es noch nicht ohne weiteres rechtfertigt, die Beiträge für diese Mitglieder auch nur zu ermäßigen, geschweige denn sie ganz wegfallen zu lassen. Daher ist insbesondere nicht ersichtlich, weshalb eine Kasse gehindert sein sollte, den Beitrag bis zur Grenze von $4^1/_2$ % (§ 386) für alle sieben Tage der Woche anzusetzen, da sie doch für jeden Tag — vom Krankengeld abgesehen — Leistungen zu gewähren und andere Ausgaben zu bestreiten hat (vgl. Arb.-Versorgg. 1914 S. 28 Ziff. 7).

In Frage kann nur kommen, ob durch die Satzung die Beiträge für solche Mitglieder, für welche gewisse Wochentage keine Arbeitstage sind, entsprechend ermäßigt werden dürfen. Das wäre die folgerichtige Umkehrung der Norm des § 384 Abs. 3. Zu dieser Gesetzesvorschrift bemerkt die Begründung: es sei an sich billig, daß für die höhere Leistung (Krankengeld an Sonn- und Feiertagen) auch entsprechend höhere Beiträge erhoben werden; anderseits mache die Erhebung verschiedener Beiträge Umstände und pflege sich da nicht zu verlohnen, wo die Beschäftigten dieser Art nur einen geringen Bruchteil der Kassenmitglieder bilden. Deshalb also fordert das Gesetz nicht, sondern gestattet nur die Erhöhung der Beiträge. Die gleiche Erwägung der Billigkeit und Zweckmäßigkeit trifft auch für den umgekehrten Fall zu; und obgleich es für diesen Fall an einer Vorschrift fehlt, möchte ich doch die Befugnis der Kassen zur satzungsmäßigen Minderung der Beiträge aus ihrem Selbstbestimmungsrechte herleiten (§ 321 Ziff. 3, § 323; vgl. für das frühere Recht: Hahn in Arb.-Versorgg. 1908 S. 361 ff.) Wenn das Gesetz in einigen Fällen, in denen es den Wegfall des Krankengeldes vorsieht, zwingend vorschreibt, daß die Beiträge entsprechend zu ermäßigen „sind"

Digitized by Google

(§§ 215, 423, 494), so folgt aus dem Mangel einer solchen Vorschrift für unseren Fall nicht, daß eine Ermäßigung nicht zulässig, sondern nur, daß sie nicht geboten ist. Übrigens würde sich, wenn man diese Erwägung nicht gelten lassen wollte, nur eine Lücke und Härte des Gesetzes, nicht aber eine Widerlegung des oben bewiesenen Rechtssatzes ergeben, daß Beiträge an sich auch für krankengeldfreie Tage zu berechnen sind.

Das praktische Ergebnis dieser Betrachtung läßt sich mit Rücksicht auf die Entscheidung, die den Ausgangspunkt bildet, dahin zusammenfassen: Wenn eine Satzung, wie es oft geschieht, den Wochenbeitrag auf 6 mal $4^1/_2$ % des Grundlohns festsetzt, so erhebt sie in Wahrheit nur $3^6/_7$ %; wenn sie aber den Wochenbeitrag auf 7 mal $4^1/_2$ % berechnet, so geht sie genau bis an die Grenze des nach § 386 Zulässigen. Daß für diese allgemeine Beitragsbemessung die Mehrleistung aus § 191 Abs. 1 bestimmend ist, ist rechtlich belanglos. Nur wenn die Kasse von den Sonntagsarbeitern besondere Zuschläge aus § 384 Abs. 3 erheben will, sind die allgemeinen Beiträge so zu bemessen, daß sie mit den Zuschlägen nicht über $4^1/_2$ % hinausgehen. (Vgl. Mon.-Bl. f. Arb.-Vers. 1913 S. 109, Arb.-Versorgg. 1914 S. 34).

Gehört das Wochen- und Schwangerengeld zu den Kassenleistungen im Sinne der §§ 313 Abs. 2 und 189 RVO.?

Von **L. Pfannkuchen** in Bad Homburg v. d. H.

I. § 313 RVO. hat das Recht der freiwilligen Weiterversicherung in wesentlichen Punkten abgeändert. U. a. wird die Frist zur Ausübung dieses Rechtes von einer auf drei Wochen erstreckt. Wer jedoch in der zweiten oder dritten Woche erkrankt, hat für diese Krankheit vorbehaltlich des § 214 a. a. O. auf die Kassenleistungen nur Anspruch, wenn er seinen Beitritt bereits in der ersten Woche erklärt, oder die Beiträge eingezahlt hat. Es wirft sich nun die Frage auf, ob einer Erkrankung im Sinne des § 313 eine in der zweiten oder dritten Woche eintretende Niederkunft oder auftretende Schwangerschaftsbeschwerden nicht krankhafter Art gleichzustellen sind. Von Hahn wird die Meinung vertreten, daß man die Vorschrift nach ihrem Zwecke auch auf andere Fürsorgegründe (Schwangerschaft, Niederkunft) werde anwenden müssen (Handbuch S. 423), meine hiervon abweichende Ansicht sei wie folgt begründet.

Als Wochengeld ist nicht das Krankengeld schlechthin, sondern eine rechtlich selbständige Leistung „in Höhe des Krankengeldes" zu gewähren. (§ 195) Das Schwangerengeld steht dem Wochengelde rechtlich gleich (Begründung der Regierungsvorlage S. 159). Hieraus ergibt sich allerdings, und die Begründung führt es noch besonders an, daß Erhöhungen des Krankengeldes auch auf die Höhe des Wochen- und Schwangerengeldes von Einfluß sind. Erhöht eine Kasse den Betrag des täglich zu zahlenden Krankengeldes, oder billigt sie das Krankengeld für Sonn- und Feiertage zu, so kommt dies ohne weiteres auch dem Wochen- und Schwangerengelde zugute. Dagegen läßt sich von den gesetzlichen Vorschriften, die eine Minderung oder Versagung des Krankengeldes oder der Krankenhilfe vorsehen, nicht sagen, daß sie allgemein auch auf Wochen- und Schwangerengeld entsprechend anzuwenden sind. Meist sind solche Vorschriften auf die besondere rechtliche Natur des Anspruchs auf Krankengeld und der Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheit zugeschnitten und mit gutem Grunde hebt die Begründung deshalb hervor, daß das Wochengeld eine rechtlich selbständige Leistung sei. So läßt z. B. § 192 RVO. die gänzliche oder teilweise Versagung des Krankengeldes bei vorsätzlicher Zuziehung einer Krankheit zu. Zweifellos stehen Wochen- und Schwangerengeld dem Krankengelde hier nicht gleich (Hahn S. 254). Andererseits bestimmt § 425 a. a. O. ausdrücklich, daß die Sondervorschriften der §§ 420—423 (Wegfall oder Kürzung des Krankengeldes in der Landwirt-

Digitized by Google

schaft) auch für die anderen Barleistungen mit Ausnahme des Sterbegeldes gelten und die Regierungsvorlage nannte an Stelle der „anderen Barleistungen" in § 453 das Wochen- und Hausgeld. Die besondere Erwähnung des Wochengeldes wäre aber überflüssig gewesen, wenn alle auf die Kürzung oder Versagung des Krankengeldes bezüglichen gesetzlichen Vorschriften mit Rücksicht auf die von § 195 gebrauchten Worte „in Höhe des Krankengeldes" ohne weiteres für das Wochengeld und das ihm rechtlich gleichstehende Schwangerengeld entsprechend anzuwenden wären. Man wird deshalb solche Bestimmungen, welche die Höhe des Krankengeldes einschränken, nur dann auf das Wochen- und Schwangerengeld beziehen können, wenn sich dies nach dem Wortlaut oder dem Zwecke der Bestimmung rechtfertigen läßt. Hierher gehört beispielsweise die Bestimmung, daß der Anspruch auf Mehrleistungen erst nach Zurücklegung einer Wartezeit entsteht. Auch Hahn will die Vorschrift des § 313 Abs. 2 gerade „nach ihrem Zwecke" auf Schwangerschaft und Niederkunft angewandt wissen. Es wäre daher zu untersuchen, ob der Zweck der genannten Bestimmung ihre Ausdehnung auf Wöchnerinnen und Schwangere erfordert oder zuläßt.

Die Frist zur Geltendmachung des Rechtes der freiwilligen Weiterversicherung ist von der Reichsversicherungsordnung auf drei Wochen erstreckt worden in der offenbaren Annahme, daß die bisherige Frist von einer Woche dem aus der Beschäftigung Ausgeschiedenen die Wahrung seiner Rechte in vielen Fällen mehr als nötig erschwert hat. Häufig vollzieht sich die Auflösung des Arbeitsverhältnisses nicht in so unzweideutiger Form, daß sie dem Versicherten schnell und leicht erkennbar wird. Mißverständnisse sind hierbei an der Tagesordnung, besonders dann, wenn die Beschäftigung öfters auf Tage unterbrochen wird. Nicht selten erfährt der Versicherte die Beendigung des Arbeitsverhältnisses erst einige Tage nach erfolgter Abmeldung bei der Kasse. Wohnt er dann noch entfernt vom Kassensitz, so kann es unter dem jetzigen Rechte selbst dem Gewissenhaften passieren, daß die Beitrittsfrist verstrichen ist, bis seine Erklärung bei der Kasse eintrifft. Aus diesen und ähnlichen Erwägungen ist die Frist auf drei Wochen verlängert worden. Daraus ergab sich aber die Notwendigkeit einer Schutzvorschrift für die Kassen, denen viel daran gelegen sein muß, daß das Versicherungsverhältnis nicht zulange in der Schwebe bleibt. Es könnte doch leicht vorkommen, daß ein aus der Kasse Ausgeschiedener, der von vornherein nicht die Absicht der freiwilligen Weiterversicherung hatte, sich durch eine in der zweiten oder dritten Woche unvermutet einstellende Krankheit veranlaßt sehen würde, nun doch die Mitgliedschaft fortzusetzen, um für die Dauer der bereits bestehenden Krankheit die vollen Kassenleistungen zu erhalten. In der Kommission wurde zur Begründung der Notwendigkeit eines Schutzes der Kassen von dem Antragsteller ausgeführt, es sei zu befürchten „daß der Arbeiter die Versicherung immer erst fortsetzen würde, wenn er innerhalb der längeren Frist eine Krankheit herannahen fühle". Nur das soll durch den Gesetz gewordenen Antrag verhindert werden. Die Absicht der Vorschrift ist also wohl die, nach Möglichkeit zu erreichen, daß Vergeßlichkeit oder Unkenntnis nicht mit dem ganzen oder teilweisen Verlust der Unterstützungsansprüche bestraft werden, daß aber der Ausscheidende aus einer Sinnesänderung, die infolge einer in der zweiten oder dritten Woche eintretenden Erkrankung in ihm hervorgerufen wird, keinen unmittelbaren Vorteil ziehen soll. Er soll dann für die bestehende Krankheit, wenn die Voraussetzungen des § 214 zutreffen, nur die gesetzlichen Regelleistungen, im andern Falle nichts erhalten.

Geht man hiervon aus, so kann kaum zweifelhaft sein, daß Schwangerschaft und Wochenbett einer Erkrankung im Sinne des § 313 nicht gleichzustellen sind. Von einer Frau, die ihrer Niederkunft entgegensieht, darf ruhig angenommen werden, daß sie beim Ausscheiden aus der krankenversicherungspflichtigen Beschäftigung die Absicht hat, ihre Rechte für den bevorstehenden Unterstützungsfall durch Fortsetzung der Mitgliedschaft zu erhalten, und daß, wenn die Meldung erst in der zweiten oder dritten Woche eingeht, dies keinesfalls auf eine nachträgliche Ueberlegung zurückzuführen ist. Daher kann es der Kasse in solchen Fällen gleichgültig sein, ob die Meldung, deren Eingang nach vernünftigem Ermessen feststeht, in der ersten oder der dritten

Digitized by Google

Woche kommt, da die Beiträge ja nachzuzahlen sind. Die Ausdehnung der besprochenen Vorschrift des § 313 Abs. 2 auf Wöchnerinnen und Schwangere entbehrt somit der inneren Berechtigung. Sie ergibt sich auch weder aus dem Wortlaut, noch entspricht sie der Tendenz des Gesetzes, wie oben dargelegt.

II. Die gleichen Zweifel entstehen durch § 189 RVO. Derselbe bestimmt, daß die Krankenkasse für Mitglieder, die gleichzeitig aus einer anderen Versicherung Krankengeld erhalten, ihre Leistungen so weit kürzen kann, daß das gesamte Krankengeld des Mitgliedes den Durchschnittsbetrag seines täglichen Arbeitsverdienstes nicht übersteigt. Hier liegt wieder die Frage nahe, ob die Kürzung auch bei Bezug von Wochen- und Schwangerengeld berechtigt ist, oder von der Satzung vorgeschrieben werden kann. Sie wird jedoch ebenfalls zu verneinen sein, wenn man sich die unter 1. vertretene Anschauung zu eigen macht.

Die vom Gesetz zugelassene Kürzung des Krankengeldes verfolgt den Zweck, dem in einer Ueberversicherung liegenden Anreiz zur Simulation entgegenzuwirken. Nur hiermit läßt sie sich rechtfertigen, da an sich gewiß nichts dagegen einzuwenden ist, wenn sich Mitglieder durch Zahlung entsprechend hoher Beiträge für die Zeit der Krankheit und Arbeitsunfähigkeit eine gleich gute oder auch bessere Lebenshaltung als in gesunden Tagen zu sichern suchen, zumal in solchen Zeiten die Bedürfnisse und die Kosten des Unterhaltes ohnehin steigen. Für die nur angenommene Arbeitsunfähigkeit des Wochenbettes kommt jedoch die Möglichkeit einer Simulation überhaupt nicht in Frage, bei Schwangerschaftsbeschwerden ist eine Simulation so gut wie ausgeschlossen, so daß die Notwendigkeit oder Zweckmäßigkeit einer Kürzung in beiden Fällen nicht einzusehen ist. § 189 spricht auch nur von dem „Krankengelde", das den Durchschnittsbetrag des Arbeitsverdienstes nicht übersteigen soll, mithin muß angenommen werden, daß die Kürzung von Wochen- und Schwangerengeld bei Ueberversicherung nicht zulässig ist und auch durch die Satzung nicht vorgesehen werden kann, da wie oben näher ausgeführt, sich Gegenteiliges aus dem Gesetze nicht herleiten läßt.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Ist die Versicherungsberechtigung derjenigen erloschen, die schon vor dem 1. Januar 1914 mehr als 4000 M. Einkommen hatten?

Entscheidung des **Versicherungsamts Besigheim** vom 28. Januar 1914.

Der Betriebsleiter K. war vom Jahre 1877 ab bei der Firma R. & Cie. beschäftigt. Er war versicherungspflichtiges Mitglied der Betriebskrankenkasse der Firma bis 1892, erhielt seit 1892 ein höheres Gehalt als die Verpflichtung zur Krankenkasse damals erforderte, blieb aber von 1892 ab unter dem Schutze des damals geltenden Versicherungsrechts ununterbrochen freiwilliges Mitglied der Betriebskrankenkasse. K. ist am 28. Februar (1913?) bei der Firma ausgetreten, hat jedoch das Versicherungsverhältnis mit der Kasse auch weiter ohne Unterbrechung fortgesetzt und aufrecht erhalten. Sein regelmäßiges jährliches Gesamteinkommen überstieg schon lange vor dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung 4000 M. Die Kasse geht davon aus, daß die Bestimmung des § 178 RVO., nach welchen die Versicherungsberechtigung in allen Fällen erlischt, wenn das regelmäßige jährliche Gesamteinkommen von 4000 M. übersteigt, auch auf solche Personen Anwendung finde, die schon vor dem 1. Januar 1914 mehr als 4000 M. Gesamteinkommen hatten. Der Vorstand der Kasse teilte demgemäß dem K. am 9. Januar 1914 auf Grund des § 314 Abs. 2 RVO. mit, daß seine Mitgliedschaft mit Zustellung dieser Mitteilung erloschen sei. Hiergegen hat K. am 13. Januar 1914 die Entscheidung des Versicherungsamts beantragt. In der Gegenerklärung vom 16. Januar 1914 beharrt die Kasse darauf, daß die Mitgliedschaft des K. mit Zustellung der Mitteilung des Vorstandes erloschen sei.

Der Beschlußausschuß ging indessen von nachstehenden Erwägungen aus. K. war schon vor dem Inkrafttreten von über 4000 M freiwillig versichert, er hat hierdurch ein wohlerworbenes Recht erlangt und durch regelmäßige Beitragszahlung fortdauernd aufrecht erhalten. Diesem Rechte gegenüber stellt § 178 einen besonderen neuen, dem bisherigen Rechte fremden Aufhebungsgrund dar, der nach allgemeinen Grundsätzen nur wirken kann, sofern der Grund unter der Herrschaft des neuen Rechts eingetreten, d. h. die Einkommensgrenze nach dem 1. Januar 1914 überschritten worden ist. Aus dem Gesetze selbst läßt sich die Annahme nicht rechtfertigen, daß die Reichsversicherungsordnung rückwirkend jenes nach dem früheren Gesetz erlangte Recht aufheben wolle und aus § 314

Digitized by Google

Abs. 2 RVO. kann auch nicht etwa gefolgert werden, daß es genüge, wenn die Mitteilung des Vorstandes, daß die Mitgliedschaft erloschen sei, unter der Herrschaft der Reichsversicherungsordnung erfolgt. (Vgl. Hahn Krankenvers. § 178 Anm. 3.)

Es war deshalb wie geschehen zu erkennen. Zu einer Entscheidung im Kostenpunkt liegt kein Anlaß vor. Gegen diese Entscheidung ist binnen einem Monat nach Zustellung derselben Beschwerde an das Kgl. Oberversicherungsamt in Stuttgart zulässig, welches endgültig entscheidet. (§ 415, Abs. 2, 128, Abs. 1 RVO.)

Anmerkung: Zu vgl. Arb.-Versorgg. 1912 S. 25 ff., 1913 S. 836, 1914 S. 98.

Auch freiwillig Weiterversicherte haben bei Schließung ihrer Kasse das Recht auf Mitgliedschaft nach § 300 RVO.

Vorentscheidung des Vorsitzenden des **Versicherungsamts** in **Kiel** vom 26. Januar 1914.

Die Beschwerdeführerin trat im Jahre 1903 der gemeinsamen Ortskrankenkasse in Kiel gemäß § 5 Abs. 2 der Satzung (§ 26 a Abs. 2 Nr. 5 KVG.) als freiwilliges Mitglied bei und blieb freiwilliges Mitglied dieser Kasse bis zu ihrer mit Ablauf des Jahres 1913 erfolgten Schließung. Sie hat weder zur Zeit ihres Beitritts Lohnarbeiten verrichtet, noch tut sie es jetzt. Sie wünscht nun das Versicherungsverhältnis bei der an Stelle der geschlossenen neu errichteten Allgemeinen Ortskrankenkasse fortzusetzen, diese hat sie jedoch zurückgewiesen. Auf Beschwerde entschied der Vorsitzende des Versicherungsamts zugunsten der Beschwerdeführerin.

Gründe:

Es handelt sich um Streit über das Versicherungsverhältnis (§ 405 Abs. 2 RVO.).

Die Beschwerdeführerin war nach § 26 a Abs. 2 Nr. 5 in Verbindung mit § 5 Nr. 2 der Satzung der früheren Ortskrankenkasse unstreitig rechtswirksam deren freiwilliges Mitglied geworden und bis zur Schließung geblieben. Die Schließung erfolgte zur Durchführung der Reichsversicherungsordnung und auf Grund der darin enthaltenen Vorschriften (§§ 264 ff.). Für die Mitglieder der geschlossenen Kasse gilt § 300 RVO., der, soweit er hier in Frage kommt, bestimmt (Abs. 1 S. 2 und 3):

> „Die versicherungsberechtigten Mitglieder haben das Recht auf Mitgliedschaft bei der entsprechenden Kasse. Die übergehenden Mitglieder setzen dadurch ihr Versicherungsverhältnis unmittelbar fort."

Die Ortskrankenkasse versteht nun unter „versicherungsberechtigten Mitgliedern" nur solche, die nach § 6 ihrer Satzung (§ 176 RVO.) bei ihr versicherungsberechtigt sind. Diese Auffassung trifft jedoch nicht zu. Freilich ist der Ortskrankenkasse zuzugeben, daß der § 300 RVO. nicht als Uebergangsvorschrift zwischen Krankenversicherungsgesetz und Reichsversicherungsordnung gedacht, sondern als Regel für den Fall geschaffen ist, daß eine unter der Herrschaft der Reichsversicherungsordnung bestehende, in ihrem Mitgliederkreis durch die Reichsversicherungsordnung bestimmte Kasse aufgelöst wird: dann kommen als versicherungsberechtigte Mitglieder allerdings nur die §§ 176, 313 RVO. genannten Personen in Frage. Da § 300 aber auch für die Schließungen im Uebergang vom Krankenversicherungsgesetz zur Reichsversicherungsordnung gilt, ist aus seinem Wortlaut und Sinn auch für solche Uebergangsfälle, wie den vorliegenden, die Regel zu finden. Der Wortlaut spricht zugunsten der Beschwerdeführerin. Wenn § 300 RVO. von versicherungsberechtigten Mitgliedern spricht, kann er damit nur solche der aufgelösten Kasse meinen; deren versicherungsberechtigtes Mitglied war aber die Beschwerdeführerin.

Zu dem gleichen Ergebnis führt auch eine andere Erwägung: Zweck des § 300 Satz 2 ist, zu verhüten, daß bei einer Schließung die versicherungsberechtigten Mitglieder mangels einer anderweit zuständigen Kasse wider Willen aus der Versicherung herausfallen; eben das würde mit der Beschwerdeführerin geschehen, wenn sie nicht als Mitglied weiter zugelassen würde.

Ferner ist zu beachten, daß es sich nicht um Neubegründung eines Versicherungsverhältnisses durch freiwilligen Beitritt handelt, sondern nach ausdrücklicher Vorschrift des Gesetzes um unmittelbare Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses; dies auch dann, wenn man mit Hoffmann (§ 300 RVO. Anm. 7, gegen Hahn § 289 Anm. 2) diese Fortsetzung nur durch förmlichen Beitritt erfolgen lassen will. Es ist nun zweifellos, daß die Neubegründung der Mitgliedschaft nach dem Rechte des Zeitpunkts erfolgt, in dem sie geschieht; damit ist aber nicht ohne weiteres gesagt, daß nach dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung Mitglied nur bleiben kann, wer auch nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung Mitglied werden könnte. Die Voraussetzungen für den Erwerb der Mitgliedschaft und für den Verbleib in ihr sind auch sonst nicht durchaus die gleichen, vgl. z. B. § 176 (2500 M.-Grenze für Beitritt) und § 178 (4000 M.-Grenze für Verbleib). Der Hinweis der Kasse auf Hahn, Anm. 1 zu § 289 RVO. geht fehl; dort ist nur gesagt, daß ohne die Vorschrift des § 289 (300) für diejenigen freiwilligen Mitglieder einer aufgelösten (geschlossenen) Kasse nicht gesorgt wäre, die nicht nach § 176 RVO. beitrittsberechtigt sind.

Endlich ist noch darauf hinzuweisen, daß der Ausschluß von der weiteren Versicherung für die Beschwerdeführerin, nachdem sie zehn Jahre lang freiwilliges Kassenmitglied gewesen ist, doch unverkennbar eine erhebliche Härte enthält. Das diese dem Willen des Gesetzgebers entspricht, läßt

Digitized by Google

sich mit Rücksicht auf die vielen sonstigen Uebergangsbestimmungen, die zugunsten der Versicherten getroffen sind (vgl. Art. 24, 29, 30, 60, 64 ff. 79, 99 RVO.), nicht annehmen; daraus, daß das vorliegenden Falles nicht ausdrücklich gedacht ist, läßt sich ein Gegengrund nicht herleiten; denn es liegt die Annahme viel näher, daß der Fall übersehen worden ist.

Daß irgendein besonderes Interesse der Ortskrankenkasse durch die Zulassung der Beschwerdeführerin verletzt würde, ist nicht ersichtlich. Die Kasse hat wohl lediglich angenommen, durch ihre Satzung zur Abweisung verpflichtet zu sein. Wenn die Kasse dadurch in die Lage kommt, Personen als Mitglieder zu führen, die ihr nach der Satzung nicht beitreten dürften, so ist das als eine nicht besonders vorgesehene Uebergangserscheinung nicht weiter bedenklich.

Der Beschwerde war demnach stattzugeben.

Eine Satzungsvorschrift, wonach Versicherungspflichtige vor Eintritt in ein Arbeitsverhältnis nicht auf Veranlassung der Krankenkasse ärztlich untersucht werden können, ist unzulässig.

Entscheidung des **Bayr. Landesversicherungsamts** vom 29. November 1913.

Eine Firma hatte Personen, die sich zur Arbeit meldeten, vor der Einstellung auf Kosten der Betriebskrankenkasse ärztlich untersuchen lassen und je nach dem Ergebnis eingestellt oder nicht. Um dieser — bereits von den Aufsichtsbehörden nach dem Krankenversicherungsgesetz beanstandeten — Praxis die satzungsmäßige Grundlage zu geben, wurde in die neue Satzung der Betriebskrankenkasse folgende Bestimmung aufgenommen: „Der Kassenvorstand kann Personen, welche sich zum Eintritt in ein Arbeitsverhältnis melden, durch das sie Versicherungspflichtige der Betriebskrankenkasse werden würden, ärztlich untersuchen lassen." Diese Bestimmung wurde vom Oberversicherungsamt für rechtlich unzulässig erklärt mit folgender Begründung:

Die Personen, die sich zum Eintritt in ein versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis melden, treten mit dieser Meldung allein noch nicht in ein Rechtsverhältnis zu der Betriebskrankenkasse (vgl. § 306 RVO. im Gegensatz zu § 310 Abs. 1 RVO.). Diese kann daher über solche Personen keine Bestimmung treffen. Selbstverständlich kann der Arbeitgeber die Personen, die sich bei ihm zur Arbeit gemeldet haben, vor der Einstellung ärztlich untersuchen lassen, aber dann muß er auch die Kosten tragen, und nicht die Krankenkasse. Allerdings wird von der Firma geltend gemacht, daß die vor dem Eintritt in das Arbeitsverhältnis vorgenommene Untersuchung dem pekuniären Interesse der Krankenkasse dient, zugleich auch dem allgemeinen Zweck der Krankheitsverhütung durch Verringerung der Ansteckungsgefahr (§ 363 RVO.). Der letztgenannte Zweck der Untersuchung ist aber offenbar nur nebensächlicher Natur — die Untersuchung ist ja auch nicht auf ansteckende Krankheiten beschränkt — vielmehr liegt der Hauptzweck der beabsichtigten Regelung darin, daß dadurch tunlichst alle Arbeiter, die infolge von Krankheit oder Krankheitsveranlagung ein schlechtes Risiko für die Krankenkasse bilden, von vornherein von dem die Pflichtmitgliedschaft begründenden Arbeitsverhältnis abgehalten werden sollen. Dies mag für die Krankenkasse vorteilhaft sein, ist aber mit dem Gesetze nicht vereinbar. Selbstverständlich wäre eine derartige Regelung, wenn überhaupt, nicht nur für eine einzelne Kasse zulässig, sondern für alle Krankenkassen. Die Folge wäre dann die, daß kranke oder mit einer Krankheit veranlagte Personen in der Erlangung von versicherungspflichtiger Beschäftigung aufs äußerste behindert wären. Bestenfalls aber würden die Allgemeinen Krankenkassen, denen die praktische Durchführung einer solchen Bestimmung nicht möglich wäre, mit allen schlechten Risiken belastet. Eine solche Regelung entspricht nicht den sozialen Absichten des Gesetzgebers. Diese Absicht ist auch im Gesetze selbst zum Ausdruck gekommen, indem es den Krankenkassen die Befugnis zur ärztlichen Untersuchung und Zurückweisung Erkrankter nur bei den Versicherungsberechtigten einräumt (§ 310 Abs. 3 RVO.), während es nach § 306 die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger — unabhängig von etwa bestehenden Krankheiten — mit dem Tage des Eintritts in die versicherungspflichtige Beschäftigung entstehen läßt.

Die von der Firma gegen den Beschluß des Oberversicherungsamts eingelegte Beschwerde wurde vom Bayr. Landesversicherungsamt verworfen, wobei der Begründung der Entscheidung des Oberversicherungsamts beigepflichtet und noch folgendes ausgeführt wurde:

Gemäß § 323 RVO. darf die Satzung nichts bestimmen, was nicht im Zwecke der Kasse liegt. Der gesetzliche Zweck der Kasse ist die Versicherung der im Betriebe beschäftigten Arbeiter gegen Fälle der Krankheit, nicht aber die Regelung der Aufnahme von Arbeitern in den Betrieb. Mit den Rechtsverhältnissen, den Rechten und Pflichten von Personen, die noch nicht Mitglieder der Kasse sind, hat sich die Satzung selbstverständlich nicht zu befassen. Es kann daher nicht zu den Aufgaben des Vorstandes der Kasse gehören, bei der Aufnahme in das Arbeitsverhältnis mitzuwirken.

Vom Gesichtspunkte des § 363 Abs. 2 RVO. ist die Bestimmung ebenfalls nicht zu rechtfertigen, da sie keineswegs allgemeine Zwecke der Krankheitsverhütung betrifft, sondern lediglich einseitig die Interessen einer Kasse wahrt, während sie die der anderen Kasse schädigt. (Breithaupt).

Digitized by Google

Prozeßfähigkeit eines wegen Trunksucht Entmündigten in Krankenversicherungssachen. — Befugnis der Kasse zur Krankenhauseinweisung.

Entscheidung des **Bad. Verwaltungsgerichtshofs** vom 25. Juni 1913.

Der Kläger ist seit dem 20. Juli 1909 wegen Trunksucht entmündigt und deshalb an sich in seiner Geschäftsfähigkeit beschränkt. Der Vormund hat aber die ihm im übrigen zustehende Vertretung des Mündels hinsichtlich seiner rechtsgeschäftlichen Beziehungen tatsächlich nicht ausgeübt, soweit es sich um dessen Arbeitsverhältnisse handelte; er hat dem Mündel in dieser Beziehung vielmehr allgemein freie Hand gelassen und beabsichtigt nach seiner Erklärung dies auch in Zukunft ebenso zu halten. Der Kläger durfte sich deshalb als ermächtigt erachtet, auch die aus dem jeweiligen Arbeitsverhältnis bezüglich der Krankenversicherung sich ergebenden Rechte selbständig wahrzunehmen. Die Beklagte (Krankenkasse) selbst hat diese Selbständigkeit dadurch anerkannt, daß sie die Einweisung in das Krankenhaus dem Kläger persönlich und nicht etwa dem Vormund eröffnete. Die Beklagte hat also den Kläger in dieser Hinsicht selbst als dispositionsfähig behandelt und die an ihn persönlich ergangene Krankenhauseinweisung als wirksam im Sinne des § 7 KVG angesehen. Die dem Kläger von dem Vormund zugebilligte Ermächtigung zur selbständigen Wahrnehmung seiner Rechte in dem bezeichneten Umfang bestand auch noch in dem Zeitpunkt der Erhebung der Beschwerde. Die Auffassung des Vorsitzenden des Versicherungsamts, daß der Kläger, ähnlich wie der Minderjährige nach § 113 BGB., zur Erhebung der Beschwerde persönlich als berechtigt zu erachten und daß in der Sache selbst zu entscheiden sei, ist unter den gegebenen Verhältnissen nicht als unzutreffend anzusehen. Es kann nun dem Kläger die Möglichkeit nicht abgeschnitten werden, eine Nachprüfung darüber herbeizuführen, ob die zu seinem Nachteil ergangene Entscheidung zu Recht oder zu Unrecht erfolgt ist; er ist deshalb auch für den vorliegenden Rechtsstreit als prozeßfähig anzusehen. Die Klage erscheint hiernach als zulässig, sie entbehrt aber der Begründung.

Die Vorschrift in § 26a Abs. 2 Ziff. 2a KVG. bezweckt, die Kasse dagegen sicher zu stellen, daß nicht der Kranke durch sein Verhalten seine Genesung erschwere; wenn weiter der Kasse nach § 7 Abs. 1 Ziff. 1 KVG. die Befugnis gegeben ist, einen verheirateten Erkrankten, welcher wiederholt den Krankenvorschriften zuwidergehandelt hat, in ein Krankenhaus einzuweisen, so soll damit die Wirksamkeit der Ordnungsstrafen und die gehörige Heilung der Erkrankten gesichert werden. Der Kläger ist im ganzen acht Mal wegen Uebertretung der Krankenvorschriften rechtskräftig bestraft; es kann daran kein Zweifel bestehen, daß er wiederholt den von der Generalversammlung erlassenen Krankenvorschriften zuwidergehandelt hat. Diese Bestrafungen erfolgten mit einer einzigen Ausnahme wegen unerlaubten Wirtshausbesuchs während der Dauer der Krankenunterstützung. Es ist nun an sich zutreffend, daß diese Bestrafungen schon mehrere Jahre zurückliegen; die letzte erfolgte am 22. Januar 1909. Dieser Umstand steht aber nach der gegebenen Sachlage der Anwendung der Bestimmung des § 7 Abs. 1 Ziff. 1 KVG. nicht entgegen. Das Verhalten des Klägers in Bezug auf den übermäßigen Alkoholgenuß hat sich nach den Akten der Armenverwaltung Pf. seit jener Zeit nicht geändert. Seine Trunksucht hat sich inzwischen nicht gebessert. Es war somit in der Tat fortgesetzt die Befürchtung begründet, daß der Kläger das Krankengeld zum Alkoholgenuß in Wirtschaften verwenden und durch dieses Verhalten seine Genesung erschweren werde. Derartigen Ausschreitungen konnte in wirksamer Weise nur durch die Aufnahme des Klägers in ein Krankenhaus entgegengetreten werden, wo er sich unter ständiger Aufsicht befindet.

Die Voraussetzungen, unter denen ein verheirateter Versicherter gegen seinen Willen in ein Krankenhaus eingewiesen werden kann, erscheinen hiernach bei dem Kläger in ausreichendem Maße gegeben.

Die der Kassenverwaltung zustehende Befugnis zur Krankenhauseinweisung ist nach § 14 Abs. 1 der Kassenstatuten eine selbständige, sie ist nicht etwa davon abhängig, daß auch der behandelnde Arzt dieser Maßnahme zugestimmt hat. Der Umstand, daß die Kasse nicht erst das Einverständnis des Arztes zu ihrer Anordnung eingeholt hat, stand somit der Wirksamkeit der Krankenhauseinweisung nicht entgegen.

Durch die Nichtbefolgung der begründeterweise von der Kasse verfügten Einweisung hat der Kläger seinen Unterstützungsanspruch während der Dauer der Weigerung verwirkt.

Beschäftigungsort eines außerhalb der festen Arbeitsstätte zu einer einzelnen Montage angenommenen Arbeiters.

Bescheid des **Preuß. Oberverwaltungsgerichts** vom 16. Oktober 1913.

Unstreitig ist zwischen den Parteien, daß der Arbeiter B. von einem Monteur der in Krefeld ansässigen Firma in Dortmund als Hilfsarbeiter für eine von der Firma in Dortmund auszuführende Montage angenommen worden ist und nur für diese eine Arbeit angenommen war. Die Beklagte beansprucht unter diesen Umständen, da

Digitized by Google

die Firma unzweifelhaft eine Betriebstätte nur in Krefeld gehabt hat, die Anwendung des § 5a KVG. auf den nun verstorbenen B. Der Vorderrichter hat sich auf den entgegengesetzten Standpunkt gestellt und die Beklagte nach dem Klageantrage verurteilt. Die Beklagte hat dagegen rechtzeitig Revision eingelegt. Die Revision ist unbegründet. Das Oberverwaltungsgericht hat sich schon in der Entscheidung vom 18. März 1912, Arb.-Versorgg. Jahrg. 1912 S. 554, auf den Standpunkt gestellt, daß § 5a KVG. nicht auf diejenigen Arbeiter Anwendung findet, die lediglich zu Arbeiten an einem Beschäftigungsort außerhalb des Betriebssitzes der Firma angenommen worden sind. Diesen Standpunkt, der auch der von Rosin, Recht der Arbeiterversicherung Bd. 1 S. 580 ist, hat bereits der Bayrische Verwaltungsgerichtshof in seinem Urteile vom 2. Oktober 1905, Arb.-Versorgg. Jahrg. 1906 S. 462, eingenommen und ausführlich begründet. Das Oberverwaltungsgericht hält an ihm fest. Dieser Standpunkt entspricht sowohl dem Wortlaute des § 5a wie auch dem praktischen Bedürfnisse. Namentlich lassen die Worte „auch für die Zeit" darauf schließen, daß der Gesetzgeber solche Arbeiter im Sinne gehabt hat, die von der Betriebsfirma auch für die Arbeiten am Betriebsitz, oder jedenfalls an wechselnden Orten, nicht aber solche, die nur für die Arbeit an einem bestimmten Orte außerhalb des Betriebsitzes angenommen worden sind.

Anmerkung: Ebenso ist jetzt nach der Regel des § 153 Abs. 1 RVO. zu entscheiden, sofern nicht die Ausnahme des Abs. 4 zutrifft.

Das Wahlrecht zu den Organen der Krankenkassen kann nur in Person ausgeübt werden.

Beschluß des Reichsversicherungsamts vom 10. Oktober 1913.

Die Reichsversicherungsordnung enthält zwar keine ausdrückliche Vorschrift darüber, daß bei der Wahl der Vertreter der Versicherten zum Ausschusse der Betriebskrankenkasse das Wahlrecht persönlich auszuüben ist. Auch aus der Vorschrift des § 15 RVO., daß die Wahl zu den Organen der Versicherungsträger, unbeschadet der Vorschlagslisten geheim sein soll, würde noch nicht ohne weiteres folgen, daß eine Vertretung in der Ausübung des Wahlrechts ausgeschlossen ist. Die Vorschrift „Geheime Wahl" bedeutet: es soll Vorsorge dafür getroffen werden, daß der Inhalt des Stimmzettels bei Abgabe der Stimme weder von dem Wahlvorstande noch von den sonst im Wahlraum Anwesenden eingesehen werden kann. Hiermit ist es nicht unvereinbar, wenn der Wahlberechtigte sich durch andere vertreten läßt (zu vgl. auch § 688 RVO., der für die Wahl des Genossenschaftsvorstandes in der Genossenschaftsversammmlung eine Vertretung der Genossenschaftsmitglieder durch andere stimmberechtigte Mitglieder oder durch einen bevollmächtigten Leiter ihres Betriebs zuläßt, obschon diese Wahl nach § 15 a. a. O. geheim sein soll).

Indessen ergibt sich die Unübertragbarkeit des Wahlrechts unmittelbar aus seiner Natur. Die Wahl zu den Organen der Versicherungsträger gehört, da die Versicherungsträger Körperschaften oder Anstalten des öffentlichen Rechtes sind, zu den öffentlichen Angelegenheiten (zu vgl. auch Entscheidung des Reichsgerichts, III. Strafsenat, vom 30. Januar 1908, Arb.-Versorgg. 1908 S. 633). Die Befugnis, in öffentlichen Angelegenheiten zu wählen, stellt aber, wie auf dem gesamten Gebiete des öffentlichen Rechts anerkannt wird, regelmäßig ein höchst persönliches, d. h. ein Recht dar, daß von dem Wahlberechtigten nur in Person ausgeübt und nicht auf andere übertragen werden kann. Von dieser allgemeinen Regel ist nur dann eine Ausnahme zulässig, wenn sie im Gesetze selbst ausdrücklich anerkannt ist. Sie enthält beispielsweise die Landgemeindeordnung für die sieben östlichen Provinzen der Preuß. Monarchie vom 3. Juli 1891 (Gesetzsammlung S. 233) in § 46 besondere Vorschriften, die unter bestimmten Voraussetzungen eine Vertretung in der Ausübung des Stimmrechts zulassen. Auch die Reichsversicherungsordnung gestattet in dem vorerwähnten § 688 ausdrücklich die Vertretung — auch in der Ausübung des Wahlrechts in der Genossenschaftsversammlung der Berufsgenossenschaft. Die Tatsache, daß der Gesetzgeber in einem bestimmten Falle ausdrücklich eine Ausnahme zuläßt, führt zu dem Schlusse, daß in anderen Fällen eine Abweichung von der Regel nicht statthaft ist. Es kann daher auch nicht auf dem Wege der Satzungsbestimmung eine solche Ausnahme festgesetzt werden. Eine derartige Bestimmung würde gegen das Gesetz verstoßen. Im Einklang hiermit bestimmt § 12 der vom Bundesrat aufgestellten Musterwahlordnung für die Vertreter der Versicherten in den Organen der Betriebskrankenkassen, daß das Wahlrecht in Person auszuüben ist, und daß Wähler, die an körperlichen Gebrechen leiden, sich nur zur Hineinlegung des Wahlzettels in den Umschlag und zu seiner Uebergabe an den Wahlvorsitzenden der Beihilfe einer Vertrauensperson bedienen dürfen.

Die von der Beschwerdeführerin angeführten Zweckmäßigkeitserwägungen sind nicht geeignet, ein anderes Ergebnis herbeizuführen.

Allerdings ist die Vorschrift des § 334 Abs. 2 RVO., die den Ortskrankenkassen auf Grund besonderer Satzungsbestimmung gestattet, nach besonderen Bezirken oder Berufsgruppen zu wählen,

Digitized by Google

für die Betriebskrankenkassen nicht übernommen. Ob hierin, wie Hahn meint (Handb. der Krankenversicherung Anm. zu § 339, Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung 1913 S. 397), nur ein bedeutungsloses redaktionelles Uebersehen des Gesetzgebers, daß die Anwendbarkeit des § 334 Abs. 2 auf Betriebskrankenkassen nicht hindert, zu erblicken ist, kann dahingestellt bleiben. Denn diese Vorschrift hat die Bildung besonderer Wahlbezirke im Auge, in denen eine ihrer Größe entsprechende Anzahl von Ausschußmitgliedern zu wählen ist. Davon ist aber die Einrichtung besonderer Stimmabgabestellen zu unterscheiden. Unbedenklich wird die Betriebskrankenkasse, die sich über einen großen Bezirk ausdehnt, verschiedene Stellen einrichten können, welche die Stimmzettel entgegenzunehmen haben. Auf diese Weise werden auch Mitglieder, die vom Sitze der Kasse weit entfernt wohnen, ohne erheblichen Aufwand von Zeit und Kosten ihr Wahlrecht in Person ausüben können. Es bedarf daher nicht der Zulassung der Vertretung in der Ausübung des Wahlrechts, um die Wahlbestätigung allen Kassenmitgliedern zu ermöglichen.

Der Umstand, daß angeblich mehrere Oberversicherungsämter die beanstandete Regelung bereits genehmigt haben, ist für die Entscheidung der Streitfrage bedeutungslos.

Aufsicht über Krankenkassen; örtliche Zuständigkeit des Versicherungsamts.

Erlaß des **preuß. Ministers für Handel und Gewerbe** vom 9. Januar 1914.

Nach § 377 RVO. wird die Aufsicht über die Krankenkassen vorbehaltlich der §§ 372—375 von dem Versicherungsamte geführt. Die örtliche Zuständigkeit des Versicherungsamts bestimmt sich für Entscheidungen, die im Beschlußverfahren ergehen, gemäß § 1783 RVO. nach dem Sitze der Kasse, soweit das Gesetz nicht anderes bestimmt; eine abweichende Regelung ist aber für die hier in Betracht kommenden Entscheidungen nicht getroffen.

Die Vorschrift des § 1783 findet auch auf die Entscheidungen Anwendung, die das Versicherungsamt als Aufsichtsbehörde erläßt (vgl. die Ausführungen auf S. 517 der Begründung zu § 1740 des Entwurfes der RVO. — § 1792 des Gesetzes —). Für Anordnungen, die das Versicherungsamt außerhalb des Beschlußverfahrens trifft, muß die gleiche örtliche Zuständigkeit angenommen werden, zumal sich die Tätigkeit des Versicherungsamts im Beschlußverfahren und außerhalb dieses Verfahrens nicht immer mit Sicherheit scheiden lassen wird.

Aus dem Umstande, daß die örtliche Zuständigkeit des Versicherungsamts im § 528 RVO. für die dort bezeichneten Kassen eine besondere Regelung gefunden hat, kann nicht die Folgerung gezogen werden, daß sich für die nicht unter § 528 fallenden Kassen die örtliche Zuständigkeit nach abweichenden Grundsätzen bestimme. Die Vorschrift des § 528 will jeden Zweifel hinsichtlich der örtlichen Zuständigkeit auch bei den Kassen ausschließen, bei denen mehrere Versicherungsämter in Frage kommen könnten, weil ihr Bereich den Bezirk eines Versicherungsamts überschreitet.

Da somit die örtliche Zuständigkeit des Versicherungsamts auch in Aufsichtsangelegenheiten durch den Sitz der Kasse bestimmt wird, so würde eine Kasse, die für einen Landkreis errichtet ist, ihren Sitz aber im Bezirk eines städtischen Versicherungsamts hat, der Aufsicht des städtischen Versicherungsamts unterstehen.

Durch § 321 RVO. ist indessen der Kasse das Recht verliehen, ihren Sitz in der Satzung zu bestimmen. Das Gesetz hat dieser Befugnis keine Schranken gezogen. Die Kasse ist daher berechtigt, ihren Sitz frei zu wählen; sie kann ihn an einen anderen als denjenigen Ort verlegen, wo die Verwaltung geführt wird und ihre Geschäftsräume sich befinden (vgl. für die Verhältnisse von Aktiengesellschaften die Entscheidungen des Reichs-Oberhandelsgerichts Bd. 21 S. 37 und Jahrbuch für Entscheidungen des Kammergerichts in Sachen der nichtstreitbaren Gerichtsbarkeit Bd. 13 S. 44).

Ich empfehle den in Betracht kommenden Krankenkassen, von dieser Befugnis Gebrauch zu machen.

B. Zur Unfallversicherung.

Begriff des Bauunternehmers.

Urteil des **Reichsgerichts**, 6. Zivils., vom 29. März 1913.

Der Kläger, der bei der Baufirma H. & Sohn Nachfl. als Maurer tätig war, hatte im Auftrag und für Rechnung dieser Firma am 14. Juni 1911 in einem Fabrikraume der Beklagten ein Loch durch eine Mauer zu stemmen. In diesem Raume befand sich ein Kessel, der zur Auflösung von Seifenstein diente. Als der Kläger bei jener Arbeit beschäftigt war, schossen aus dem Kessel plötzlich, explosionsartig, heiße Dämpfe und heiße Teile der Mischung, wodurch er schwere Verletzungen erlitt. Er hat die Beklagten für den ihm entstandenen Schaden nach § 2 RHaftpflG. und nach §§ 823, 831, 847 BGB. verantwortlich gemacht.

Das Landgericht wies die Klage ab, das Kammergericht gab dem Klageantrage statt. Die Revision der Beklagten ist zurückgewiesen worden aus folgenden Gründen:

Digitized by Google

Der hauptsächliche Angriff der Revision richtet sich dagegen, daß das Berufungsgericht den § 135 GUVG. auf die Beklagte nicht angewendet, diese vielmehr als Dritte im Sinne des § 140 angesehen hat. Sie führt aus, der Kläger sei in zwei versicherungspflichtigen Betrieben zu Schaden gekommen; gegen keinen der beiden Unternehmer könne der Kläger daher einen Anspruch auf Ersatz des infolge des Unfalls erlittenen Schadens geltend machen.

Diese Auffassung ist unbegründet. Der Kläger stand als Maurer bei der Firma H. & Sohn Nachfl., in Arbeit, er hat den Unfall erlitten in Ausübung des Maurerhandwerks bei Besorgung einer Arbeit, die er im Auftrag und für Rechnung seines Arbeitgebers, jener Baufirma, vornahm, also in Ausübung einer Tätigkeit, die zu dessen versicherungspflichtigem Betriebe gehörte. Es liegt mithin ein Unfall im Betriebe, d. h. in Ausübung des Betriebes der genannten Baufirma vor; diese ist daher dem Kläger gegenüber als Betriebsunternehmer anzusehen. Daß der Kläger durch jene Arbeit in der Fabrik der Beklagten zu dieser in ein, wenn auch nur vorübergehendes, Arbeitsverhältnis oder in ein persönliches Abhängigkeitsverhältnis getreten wäre, dafür gebricht es an jedem Anhalt, es ist dies auch von der Beklagten nicht behauptet worden. Richtig ist allerdings, daß sich der Unfall durch den Betrieb der Beklagten und räumlich genommen in ihrem Betrieb ereignet hat; allein das ändert, wie das Berufungsgericht mit Recht sagt, nichts daran, daß der Kläger in Ausübung einer nur in den Betrieb jener Baufirma fallenden Tätigkeit den Unfall erlitten hat mit der Rechtsfolge, daß ihm gegen die Berufsgenossenschaft, der sein Arbeitgeber als Betriebsunternehmer angehört, auf Grund des Gewerbeunfallversicherungsgesetzes und gegen den Unternehmer des fremden Betriebes auf Grund der Vorschriften des bürgerlichen Rechtes (§ 2 RHaftpflG., §§ 823 ff. BGB.) — unter Berücksichtigung des § 140 jenes Gesetzes — ein Entschädigungsanspruch zusteht. Das ergibt auch § 28 Abs. 4 GUG., wonach die Berufsgenossenschaft Unfälle in fremden Betrieben zu entschädigen hat, wenn sich diese Unfälle bei Betriebshandlungen ereignen, zu denen ein der Berufsgenossenschaft angehörender Betriebsunternehmer den Auftrag gegeben und für die er die Löhne zu zahlen hat. Hiernach hat die Berufsgenossenschaft, der die Baufirma H. & Sohn Nachfl. angehört, die Entschädigung zu leisten, da diese Firma an der Betriebshandlung, dem Durchstemmen des Loches, dem Kläger den Auftrag gegeben und da sie für diese Betriebshandlung den Lohn gezahlt hat. Die Tätigkeit des Klägers ist auch keineswegs von der Leitung der Beklagten abhängig gewesen; sie stellt sich nicht als eine versicherungspflichtige Beschäftigung im gewerblichen Betriebe der Beklagten dar und hat auch im versicherungsrechtlichen Sinne ein Arbeitsverhältnis in diesem Betriebe zwischen den Parteien nicht begründet.

Die Revision glaubt für ihre gegenteilige Ansicht sich auf das in den Entscheidungen des Reichsgerichts in Zivilsachen Bd. 74 S. 222 ff. abgedruckte Urteil des erkennenden Senats, das auch das Berufungsgericht angezogen hat, berufen zu können, jedoch mit Unrecht. In diesem Urteile wird allerdings ausgesprochen, daß eine gleichzeitige Beschäftigung in verschiedenen Betrieben durch das Gewerbeunfallversicherungsgesetz nicht ausgeschlossen sei. Es sei möglich, mehrere als Unternehmer im Sinne des Versicherungsrechts anzunehmen; die Tätigkeit, bei der der Unfall sich ereignet habe, habe sowohl zu dem versicherungspflichtigen Betriebe des verklagten Eisenbahnfiskus, als auch zu dem der Witwe W. gehört, ob deshalb sei § 135 auf jeden der beiden Betriebsunternehmer anzuwenden. Die Revision übersieht aber, daß der hier zur Entscheidung stehende Fall völlig anders liegt, daß nach der Feststellung des Berufungsgerichts der Kläger in dem Betriebe der Beklagten nicht tätig war, mit diesem gar nichts zu tun hatte, sondern verletzt worden ist lediglich bei einer Tätigkeit im Betriebe von H. & Sohn Nachfl. und nur infolge eines Betriebsvorganges in der Fabrik der Beklagten, bei dem er in keiner Weise beteiligt war. Jenes Urteil hat gerade darauf, daß die Tätigkeit des Verletzten, bei der der Unfall sich ereignete, zu dem versicherungspflichtigen Betriebe des damaligen Beklagten gehörte, entscheidendes Gewicht gelegt. (Vgl. auch das in den angezogenen Entscheidungen Bd. 79 S. 51 ff. abgedruckte Urteil des erkennenden Senats.)

Die Verjährung eines Entschädigungsanspruches wird durch den Eintritt eines neuen Unfalles, der eine Verschlimmerung der Folgen des früheren Unfalles verursacht, nicht unterbrochen.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 8. November 1913. Ia. 9346/13 20 A.

Mit seinen Ansprüchen auf Entschädigung aus einem Unfall vom 14. Juni 1909 war der Bremser Anian K. aus N. erst am 10. Februar 1912 an die Knappschaftsberufsgenossenschaft herangetreten, nachdem sein Anspruch auf Krankenunterstützung erloschen war. Da die Ansprüche also nicht innerhalb der im § 72 GUVG. vorgeschriebenen Frist von zwei Jahren nach dem Unfalle angemeldet worden waren, wurde der Entschädigungsanspruch des K. sowohl von der Berufsgenossenschaft als auch vom Oberversicherungsamt wegen Verjährung zurückgewiesen. Schon im Berufungsverfahren war davon die Rede gewesen, daß K. durch einen neuen Unfall am 31. März 1910 wieder die früher verletzte linke Hand verstaucht habe. Im Rekursverfahren berief sich dann der Vertreter des Klägers auf eine in den Amtl. Nachr.

Digitized by Google

des Reichsversicherungsamts 1910 S. 521 veröffentlichte Rekursentscheidung, aus der er folgerte, daß auch im vorliegenden Falle der Einwand der Verjährung von der Berufsgenossenschaft nicht mit Erfolg erhoben werden könne, weil der Kläger im März 1910 — also vor Ablauf der bezüglich des Unfalles vom 14. Juni 1909 laufenden zweijährigen Ausschlußfrist — einen neuen Betriebsunfall erlitten habe, infolgedessen eine Verschlimmerung des früher verletzten linken Handgelenks eingetreten sei. Durch diesen neuen Unfall werde aber die Verjährung der Ansprüche aus dem ersten Unfalle unterbrochen. Das Reichsversicherungsamt hielt diese Ansicht für irrig und wies den Rekurs aus folgenden Gründen zurück:

Das Reichsversicherungsamt hat zunächst dahingestellt sein lassen, ob der vom Kläger behauptete Unfall, der sich am 14. Juni 1909 ereignet haben soll, als erwiesen angesehen werden kann. Denn bezüglich dieses angeblich ersten Unfalls würde auf alle Fälle der von der Beklagten erhobene Einwand der Verjährung durchgreifen.

Nach Art. 60 Einf.Ges. z. RVO. finden die Vorschriften des Gesetzes, soweit sie dem Verletzten günstiger sind als die Bestimmung des Gewerbeunfallversicherungsgesetzes, auf Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 1913 ereignet haben, nur unter der Voraussetzung Anwendung, daß dem Verletzten schon nach dem Gewerbeunfallversicherungsgesetz ein Entschädigungsanspruch zustand. Die Frage, ob die Beklagte im vorliegenden Falle gegenüber den vom Kläger aus dem Unfalle vom 14. Juni 1909 hergeleiteten Ansprüchen mit Recht den Einwand der Verjährung erhoben hat, war daher allein nach den Bestimmungen des Gewerbeunfallversicherungsgesetzes zu entscheiden. Der Kläger hat seine Ansprüche aus dem Unfalle vom 14. Juni unstreitig erst am 10. Februar 1912, also nach dem Ablaufe der im § 72 Abs. 1 Satz 1 GUVG. festgesetzten zweijährigen Frist angemeldet. In den Folgen des Unfalls mag auch noch in der Zeit vom 10. November 1911 bis zum 10. Februar 1912 eine Verschlimmerung eingetreten sein. Zumal nach dem Gutachten des Dr. H. in M. vom 4. Juli 1913 kann indessen nicht zweifelhaft sein, daß die Verschlimmerung kein nach Erscheinungsform, Art oder Natur wesentlich neues, bisher nicht bemerkbar gewesenes Krankheitsbild dargeboten hat. Nur wenn dies der Fall gewesen wäre, hätte sich der Kläger auf die Sonderbestimmung des § 72 Abs. 2 GUVG. berufen können (zu vgl. Handb. der Unfallversf. dritte Aufl., Anm. 8 zu § 72 Abs. 2 GUVG., Bd. I S. 486). Mit der Annahme, daß die Ansprüche, die der Kläger aus dem Unfalle vom 14. Juni 1909 herleitet, verjährt seien, steht auch nicht etwa die Rekursentscheidung 2398 (Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamtes 1910 S. 521) in Widerspruch. Sie stellt überhaupt keinen Rechtsgrundsatz auf, sondern erstreckt sich im wesentlichen nur auf eine Beweiswürdigung. Sie behandelt die Frage, ob als erwiesen angesehen werden könne, daß das Leiden des Rentenbewerbers auf einen Unfall zurückzuführen sei, der sich innerhalb des Zeitraums von zwei Jahren, gerechnet von der Anmeldung des Entschädigungsanspruchs, ereignet hatte. Keineswegs spricht sie — wie der Kläger anzunehmen scheint — aus, daß die Verjährung des aus einem Unfall hergeleiteten Entschädigungsanspruchs durch den Eintritt eines neuen Unfalls, der eine Verschlimmerung der Folgen des früheren verursacht habe, unterbrochen werde.

Die Frage, ob etwa dem Kläger wegen der Folgen seines neuen Unfalls, der sich im März 1910 ereignet haben soll, ein selbständiger Entschädigungsanspruch gegenüber der Beklagten zustehe, war in dem vorliegenden Instanzverfahren nicht zu entscheiden. Dem Kläger steht es frei, die Beklagte zur Einleitung eines besonderen Rentenfeststellungsverfahrens zu veranlassen.

(Kompaß).

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Erhoben im Sinne des § 1303 RVO. ist der Rentenanspruch erst mit dem Eingange des Schriftstücks.

Revisionsentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 19. Mai 1913.

Nach § 1303 der RVO. sind die dort aufgeführten Personen zur Fortsetzung des Verfahrens und zum Bezuge der bis zum Todestage fälligen Beträge nur dann berechtigt, wenn der Versicherte selbst seinen Anspruch erhoben hatte. Die Erhebung des Rentenanspruchs muß demnach schon bei Lebzeiten des Versicherten wirksam erfolgt sein (anders bei dem Ersatzanspruch nach § 1537 der RVO.). Diese Voraussetzung ist im vorliegenden Falle nicht gegeben. Es kann dahin gestellt bleiben, ob in der Tatsache, daß der die Ehefrau des Klägers behandelnde Arzt auf Wunsch der Patientin das zum Zwecke des Antrags auf Invalidenrente von ihm ausgestellte Gutachten vom 21. Januar 1912 in einem an das Versicherungsamt in H. adressierten Briefumschlag ohne Anschreiben zur Post gegeben hat, überhaupt eine wirksame Anmeldung des Rentenanspruchs erblickt werden kann, d. h. der auf die Anmeldung des Anspruchs gerichtete Wille der Versicherten unzweideutig und ernstlich zum Ausdrucke

Digitized by Google

gelangt ist; denn keinesfalls war der Anspruch noch rechtzeitig vor dem Tode der Versicherten „erhoben".

Entscheidend hierfür ist, da das fragliche Schriftstück an das Versicherungsamt zu H. gerichtet war, nach § 1303, 1613 RVO. nicht etwa der Zeitpunkt, in dem das Gutachten der Post zur Beförderung übergeben worden ist, sondern der Zeitpunkt, in welchem der Brief bei dem Versicherungsamte eingegangen ist (zu vgl. auch § 1256 Satz 2 RVO.). Es handelt sich bei dem Rentenantrage um eine sogenannte empfangsbedürftige Willenserklärung; auch der Behörde gegenüber wird diese Willenserklärung nach § 130 Abs. 3 BGB. erst dann wirksam, wenn sie ihr zugegangen ist. Dabei braucht hier auf die Frage, welche Rechtswirkungen die Anmeldung des Anspruchs bei einer nicht zuständigen Stelle hat, nicht weiter eingegangen zu werden. Da nun die Versicherte, nachdem Dr. von Sch. den Brief mit dem Gutachten auf ihren Wunsch am 21. Januar 1912 gegen 12 Uhr mittags in den Briefkasten geworfen hatte, an demselben Tage mittags 1 Uhr gestorben, das Gutachten aber erst am 22. Januar 1912 bei dem Versicherungsamte eingegangen ist, so ist die gesetzliche Voraussetzung, das der Anspruch noch bei Lebzeiten des Versicherten „erhoben" sein muß, nicht erfüllt. Die bloße Abgabe des Antrages an einen Dritten oder an eine öffentliche Verkehrsanstalt zwecks Weiterbeförderung stellt somit eine wirksame Anspruchserhebung nicht dar.

Mit Unrecht beruft sich der Kläger auf § 127 RVO. In dieser Vorschrift handelt es sich um die Abgabe einer Willenserklärung innerhalb einer bestimmten Frist. Die Wahrung einer Frist kommt aber im vorliegenden Falle nicht in Frage, wie der Vorstand der Landesversicherungsanstalt mit Recht angenommen hat. Nach § 1253 RVO. ist nur die Verpflichtung zur Nachzahlung der Rente, nicht aber die Befugnis zur Anbringung des Rentenantrages selbst einer zeitlichen Beschränkung unterworfen.

Ist somit eine wirksame Anspruchserhebung nicht anzuerkennen, so versagt auch der § 1303 RVO. Das Recht des Ehemannes auf den Bezug der bis zum Todestag fälligen Beträge ist danach nicht begründet.

Die niedrigere Rente ruht nach § 1318 RVO. auch dann, wenn eine Doppelwaise einen doppelten Anspruch auf Waisenrente hat.

Revisionsentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 24. Oktober 1913.

Streitig ist nur, ob die Vorschrift des § 1318 RVO. auch dann Anwendung findet, wenn einer Doppelwaisen ein doppelter Anspruch auf Waisenrente nach § 1259 a. a. O. zusteht. Diese Frage war in Uebereinstimmung mit der Auffassung der Versicherungsanstalt und des Oberversicherungsamts zu bejahen.

In der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung ist allgemein der Grundsatz durchgeführt, daß nur eine Rente zur Auszahlung gelangt, auch wenn an sich Anspruch auf mehrere Renten besteht. So ruht beim Zusammentreffen von Invaliden- und Altersrente stets der Anspruch auf die niedrigere Rente. Die Vorschrift des § 1318 RVO. gelangt aber auch dann zur Anwendung, wenn Anspruch auf mehrere Renten auf Grund verschiedener Versicherungsverhältnisse besteht. Nach der Begründung zum § 1304 des Entw. RVO. (§1318 RVO.) soll auch beim Zusammentreffen der Voraussetzungen für die Witwen- und Invalidenrente der Anspruch auf die niedrigere ruhen (Begründung S. 411, auch S. 367). Die Witwenrente und die der Witwe auf Grund ihrer eigenen Beitragsleistung zustehende Invalidenrente sind aber Renten auf Grund verschiedener Versicherungsverhältnisse. Was hiernach beim Zusammentreffen der auf Grund der Beitragsleistung des verstorbenen Ehemanns zu gewährenden Witwenrente und der auf Grund der eigenen Beitragsleistung der Ehefrau zu leistenden Invalidenrente gilt, muß auch beim Zusammentreffen der auf Grund der Beitragsleistung des verstorbenen Vaters zu gewährende Waisenrente und der auf Grund der Beitragsentrichtung der verstorbenen Mutter zu leistenden Waisenrente gelten. Auch der Umstand, daß für die wegfallende Witwenrente eine Ersatzleistung in der Gestalt des Witwengeldes und der Waisenaussteuer als Ergänzung zum Witwengeld bei Vorhandensein von Kindern unter 15 Jahren vorgesehen ist, während für eine nicht zur Auszahlung gelangende Waisenrente ein derartiger Ausgleich im Gesetz nicht geschaffen ist, kann angesichts des klaren Wortlauts des § 1318 RVO. an der Anwendbarkeit dieser Vorschrift beim Zusammentreffen eines doppelten Anspruchs auf Waisenrente nichts ändern.

Nicht stichhaltig ist der in der Revisionsschrift gebrachte Einwand, das Reichsversicherungsamt selbst sei bei Erlaß der Bestimmungen über die Art und Form der Rechnungsführung bei den Versicherungsanstalten vom 30. Dezember 1911 (Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1912 S. 404 ff.) der Ansicht gewesen, daß an Doppelwaisen doppelte Waisenrenten zu zahlen seien. Denn die Vorderseite der Zählkarte für O-Renten (Anlage XXIII zu den Rechnungsbestimmungen, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1912 S. 468) enthält lediglich eine Spalte, in der das Rentenzeichen „der an doppelt Verwaiste oder sonst noch festgesetzten O-Rente" vorzutragen ist. Damit ist aber nicht gesagt, daß an doppelt Ver-

Digitized by Google

waiste beide Waisenrenten auszuzahlen sind. Renten sind nämlich auch dann festzustellen, wenn sie ruhen. Wird eine Rente festgestellt, so ist für sie auch ein Rentenzeichen festzusetzen.

Die Versicherungsanstalt hat hiernach zu Recht bei Feststellung der Waisenrenten auf Grund des Versicherungsverhältnisses der Mutter der Kläger zugleich deren Ruhen ausgesprochen, da die höheren Waisenrenten auf Grund der Beitragsleistung des Vaters zur Auszahlung gelangen.

D. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Ehrenwörtliche Verpflichtung von Zahnärzten zur Einhaltung bestimmter Mindestgebührensätze, als Verstoß gegen die guten Sitten.

Urteil des **Reichsgerichts**, 3. Zivils., vom 29. April 1913.

Durch Vertrag vom Oktober 1908 verpflichteten sich die Kläger und die Beklagten, sämtliche approbierte Zahnärzte im Stadt- oder Landkreise S., untereinander, im Verkehr mit den Krankenkassen im Stadt- und Landkreise S. bestimmte Mindestgebührensätze einzuhalten. § 6 dieses Vertrags lautet:

„Die Unterzeichneten verpflichten sich ausdrücklich ehrenwörtlich zur genauen Befolgung dieses Abkommens. Wenn von einem Unterzeichneten gegen § 3 und § 4 verstoßen wird, so ist von ihm für jeden Einzelfall der Unterbietung 50 M. Konventionalstrafe verwirkt. Auf Beschluß der Vertragsschließenden kann bei gleicher Konventionalstrafe jeder Unterzeichnete angehalten werden, seine Rechnung in der anberaumten Sitzung behufs Prüfung vorzulegen."

Dieser Vertrag wurde vom Landgericht auf Grund des § 138 BGB. dem Klageantrag entsprechend für nichtig erklärt. Das Oberlandesgericht wies dagegen die Feststellungsklage ab. Auf die Revision der Kläger ist das Berufungsurteil aufgehoben und die Berufung der Beklagten gegen das erste Urteil zurückgewiesen worden.

Gründe:

Die Revision führt mit Recht aus, daß nach der Rechtsprechung des erkennenden Senats (vgl. Entscheidungen des Reichsgerichts in Zivilsachen Bd. 68 S. 229, Bd. 74 S. 332, Bd. 78 S. 258; Seuff. Arch. Bd. 67 S. 181 Nr. 104; ferner Urteil vom 7. März 1913, Rep. III 366/12) der hier fragliche Vertrag vom Oktober 1808 wegen der ehrenwörtlichen Bindung der Vertragschließenden auf Grund des § 138 BGB. für nichtig zu erachten ist. Den Ausführungen des Vorderrichters, mit dem er seine abweichende Ansicht begründet, kann nicht beigepflichtet werden.

Seine Annahme, daß nach der Fassung des § 6 Abs. I und II des Vertrags und dem daraus erkennbaren Zwecke der Strafandrohung eine Verletzung des Ehrenworts nur dann angenommen werden sollte, wenn ein Beteiligter sich bewußt in einem Punkte von Bedeutung außerhalb des Vertrags stellen würde, und daß wegen zweifelhafter Einzelheiten nur die eventuelle Erhebung einer Vertragsstrafe in Frage kommen sollte, wird von der Revision zutreffend als mit der Fassung des Vertrages unvereinbar, als eine unmögliche Auslegung bezeichnet. Der § 6 enthält im Abs. I die ausdrückliche ehrenwörtliche Verpflichtung zur genauen Befolgung „des Abkommens" ohne jede Einschränkung und daneben im Abs. 2 die Abrede einer Vertragsstrafe von 50 M. für jeden Einzelfall einer gegen die §§ 3, 4 des Vertrags verstoßenden Unterbietung sowie im Abs. 3 die Vereinbarung der gleichen Strafe für den Fall der Nichterfüllung der hier auferlegten Pflichten zur Vorlage der Rechnung usw. Danach kann die ehrenwörtliche Bindung nur auf das ganze Abkommen bezogen werden und mußte jeder Beteiligte mit der Möglichkeit rechnen, daß gegen ihn der Vorwurf des Ehrenwortbruchs bei jedem noch so unbedeutenden Verstoße gegen den Vertrag erhoben werde, selbst wenn das Heruntergehen unter die vereinbarten Mindestsätze durch die besonderen Umstände des Falles geboten oder wenigstens gerechtfertigt war. Diese Gefahr, wegen ganz geringfügiger und durchaus nicht unehrenhafter Handlungen des Ehrenwortbruchs geziehen und dadurch in seiner bürgerlichen Stellung und seinem Fortkommen stark geschädigt zu werden, läßt die ehrenwörtliche Bestärkung der Vertragspflichten als unsittlich und den Vertrag daher nach § 138 als nichtig erscheinen.

Der Berufsrichter hält den Vertrag deshalb nicht für unsittlich, weil er zwar wesentlich, aber doch nicht ausschließlich die Förderung des Geldinteresses der Beteiligten, sondern daneben auch die Förderung ihrer Standesinteressen bezwecke, in dem er die einzelnen Beteiligten hindern solle, in einen zu weit gehenden Wettbewerb mit Zahntechnikern und ähnlichen Gewerbetreibenden zu treten. Diese Erwägung kann zwar nicht mit der Revision schon deshalb als hinfällig bezeichnet werden, weil der ideale Zweck nicht in dem Vertrage zum Ausdruck gekommen sei; sie schlägt aber nicht durch, weil schon der Umstand, daß die Förderung der Geldinteressen einen wesentlichen Vertragszweck bildet, eine ehrenwörtliche Bindung an die Vertragspflichten unzulässig macht, eine Verpfändung des Ehrenworts um Geldinteressen willen grundsätzlich für unzulässig zu erachten ist. Gerade das von dem Vorderrichter und den Revisionsbeklagten betonte Standesinteresse der appro-

Digitized by Google

bierten Zahnärzte, die von dem erkennenden Senate wiederholt (Entscheidungen des Reichsgerichts in Zivilsachen Bd. 66 S. 150, Bd. 68 S. 191) hervorgehobene sittliche Würde und öffentlich-rechtliche Bedeutung des ärztlichen Berufs fordern die Unzulässigkeitserklärung einer ehrenwörtlichen Verflichtung zur Einhaltung bestimmter Mindestgebührensätze, auch wenn sich die Verpflichtung auf den Verkehr mit den Krankenkassen eines bestimmten Bezirks beschränkt.

Sprechsaal.

Zum Begriff der Arbeitsunfähigkeit.

Wir erhalten folgende Zuschrift mit der Bitte, die Frage im Sprechsaal zur Erörterung zu stellen:

„Ein Schlächtergeselle leidet an einer Schuppenflechte an einem Arm. Wenn er arbeitet (mit aufgeschürzten Hemdärmeln), würde das Arbeitsgut mit der Flechte in Berührung kommen, so daß ihn kein Meister wegen dieses unappetitlichen Leidens in Arbeit nehmen würde. Der Patient befindet sich schon seit einigen Wochen in ärztlicher Behandlung. Obwohl sonst gesund und in vollem Maße arbeitsfähig, wartet er nun den Heilungsprozeß seines Leidens untätig unter Genuß des Krankengeldes ab. — Gibt es keine Handhabe im Gesetze, wonach Personen mit solchen verhältnismäßig geringen Leiden, wenn sie durch dieselben ihrem eigentlichen Berufe nicht nachgehen können, einen anderen, gleichviel welchen, ergreifen müssen? Unter Umständen kann doch solch ein Leiden 26 Wochen andauern und der Mann könnte ja somit die Invalidenversicherung in Anspruch nehmen!" — —

Wir bemerken hierzu: Bei der Krankenversicherung ist die „Arbeitsunfähigkeit" im Sinne des § 182, wie bisher die „Erwerbsunfähigkeit" im Sinne des § 6 KVG., bekanntlich als Berufsinvalidität zu verstehen. Denn es handelt sich hier der Regel nach um vorübergehende Zustände, während deren dem Versicherten der Uebergang zu einer von ihm nicht erlernten oder sonst geübten Tätigkeit nicht wohl zugemutet werden kann. Deshalb ist die Krankengeldgewährung im vorliegenden Falle nicht zu umgehen. Anders liegt die Sache bei der Invalidenversicherung. Als invalide gilt nur, wer durch eine Tätigkeit, die seinen Kräften und Fähigkeit entspricht und ihm unter Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufs billigerweise zugemutet werden kann, nicht mehr ein Drittel dessen erwerben kann, was gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend zu verdienen pflegen (§ 1255 Abs. 2 RVO.). Danach wird der Schlächtergeselle Invalidenrente nicht beanspruchen können, da er ja an sich arbeitsfähig, nur an der Betätigung in seinem erlernten Berufe behindert, keineswegs aber schlechthin vom Arbeitsmarkt ausgeschlossen ist (vgl. Mon.-Bl. für Arbeiterversicherung 1911 S. 21 ff).

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

(Kl.) Die Sozialpolitik im Reichstag.

Bei den jährlichen Etatsdebatten im Reichstag nehmen die Verhandlungen über das Reichsamt des Innern immer die längste Zeit in Anspruch. Das ist erklärlich, denn kein anderer Staatssekretär hat so viele verschiedenartige Gebiete zu verwalten, wie der des Innern.

In dem Haushaltplan folgen nach den Angaben für die Beamten des Hauptamts zunächst „Allgemeine Fonds", das sind dauernde Ausgaben zur Förderung ganz verschiedenartiger Bestrebungen. Hier finden wir auch die Belastung des Reichs aus den Leistungen nach der Reichsversicherungsordnung und zwar:

Aus den Invaliden- und Altersrenten	M.	55 510 279
„ „ Invalidenkrankenrenten . . .	„	960 000
„ „ Witwen- und Waisenrenten	„	2 135 500
„ „ Witwenkrankenrenten	„	10 000
„ „ einmaligen Leistungen . . .	„	446 000
zur Abrundung	„	221
Im ganzen	M.	59 062 000

Die Zunahme gegen das Vorjahr beträgt 2 Mill. M. Zur Unterhaltung der ständigen Ausstellung für Arbeiterwohlfahrt werden wie im Vorjahr 45 000 M. verlangt. Ebenso ist der Zuschuß an die internationale Vereinigung für gesetzlichen Arbeiterschutz gleich geblieben: er beträgt 8000 M. Dagegen soll der Beitrag für den Verband Deutscher Arbeitsnachweise von 30 000 M. auf 50 000 M. erhöht werden.

Weiterhin werden hier neue dauernde Ausgaben für das Statistische Amt, für das Gesundheitsamt und für das Aufsichtsamt für Privatversicherung angefordert. Auch die Geschäfte des letzteren sind stark angewachsen. Und zwar deshalb, weil am 1. Juni 1912 und am 1. Januar 1913 die größeren freien Hilfskassen und etwa 300 bayrische Versicherungsunternehmungen unter die Reichsaufsicht gekommen sind. Dies erfordert die Anstellung weiterer Beamten. Ferner erscheint die Kraft eines ständigen Mitgliedes im Hauptamt notwendig zur Erledigung der vermehrten technisch-mathematischen Aufgaben. Insbesondere muß für die Spruchsitzungen in Angelegenheiten der Krankenkassen und der Sterbekassen sowie der Pensionskassen als stimmberechtigtes Mitglied ein Berichterstatter vorhanden sein, der mit den Arbeiten dieser Kassen und mit der Aufsicht über sie vertraut ist.

Als einmalige Ausgaben sind Forderungen angeführt, die sich in derselben Weise wie die allgemeinen Fonds auf alle Gebiete mehr oder weniger gemeinnütziger Bestrebungen beziehen. Darunter ist — wie im Vorjahre —

Digitized by Google

der Betrag von 15 000 M. zur Förderung einer internationalen Bibliographie für Sozialwissenschaften und der Betrag von 60 000 M. als Beitrag zu den Unterhaltungskosten einer Anstalt für die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche. Der Beitrag für den Verband der deutschen gemeinnützigen und unparteiischen Rechtsauskunftsstellen soll von 4000 M. auf 6000 erhöht werden. Der Verband hat mit seiner Geschäftsstelle eine Zentralstelle zur Bekämpfung der Schwindelfirmen verbunden. Zur Förderung dieser Bestrebungen soll zunächst für zwei Jahre der Beitrag um jene 2000 M. erhöht werden. — Für die Erforschung und Bekämpfung der Tuberkulose sollen 150 000 M. — gegenüber 10 000 M. im Vorjahre — bewilligt werden, um die erfolgreiche Bekämpfung der Tuberkulose auch in den bisher von der Fürsorge noch nicht erfaßten Kreisen der Bevölkerung, besonders des Mittelstandes, zu ermöglichen.

Der „Außerordentliche Etat" besteht nur aus einer einzigen Forderung zur Förderung geeigneter Kleinwohnungen. Diese Wohnungen sind bestimmt für Arbeiter und geringbesoldete Beamte in den Betrieben und Verwaltungen des Reichs sowie den Betrieben der Militärverwaltungen. Gefordert sind wie im Vorjahre 4 000 000 M., die als Darlehen an einzelne Personen und an gemeinnützige Unternehmungen wie Bauvereine, Baugenossenschaften usw. gegeben werden und zum Erwerbe geeigneten Baugeländes dienen sollen.

Alle diese und noch andere Dinge werden beim ersten Titel dieses Etats, der für den Staatssekretär des Innern Gehalt nebst freier Dienstwohnung fordert, berührt.

Um ein allzubuntes Durcheinander zu vermeiden, hatte der Reichstag dieses Jahr beschlossen, die Fragen der Wirtschaftspolitik von denen der Sozialpolitik getrennt zu behandeln. Die Redner kehrten sich jedoch nicht an den Beschluß und so hob man ihn am nächsten Tag wieder auf. Man stellte es dem Seniorkonvent anheim, für spätere Jahre eine geeignete Regelung in Vorschlag zu bringen. So wurde denn auch dieses Jahr wieder, und zwar neun Tage, vom 17. bis zum 31. Januar, alle möglichen Fragen der Sozialpolitik behandelt.

Immerhin waren es zwei Punkte, um die sich in der Hauptsache die Debatten drehten: die Koalitionsfrage der Arbeiter und Zollpolitik. Kommende Ereignisse werfen ihre Schatten voraus. Die Forderungen der Konservativen nach größerem Schutz der Arbeitswilligen und die Verschärfungen, die der Entwurf zum künftigen Strafgesetz für „Streikvergehen" vorsieht, zwangen die Redner aller Parteien, sich hierzu zu äußern. Der Reichskanzler Bethmann-Hollweg erklärte dazu, die Regierung denke nicht daran, durch ein Ausnahmegesetz gegen streikende Arbeiter vorzugehen. Er sagte aber nicht, daß die im Strafgesetzbuch-Entwurf vorgesehenen neuen Bestimmungen für Streikende und namentlich für Streikleiter die Billigung der Regierung nicht finde. Im weiteren waren es die Handelsverträge, die im Jahre 1917 ablaufen, die erörtert wurden. Hierzu erklärte der Staatssekretär, daß „an der bewährten Zollpolitik festgehalten" würde.

Was im übrigen die soziale Versicherung anbetrifft, so erinnerte der Abgeordnete Dr. Erdmann (Soz.) daran, daß im Februar 1915 gerade 25 Jahre verflossen seien seit den kaiserlichen Erlassen vom Jahre 1890. Wir wandeln, meinte der Redner, nicht mehr im Sinne dieser Erlasse und könnten somit ein Jubiläum der Nichterfüllung derselben feiern. Von sozialdemokratischen Rednern wurde besonders die Arbeitslosenversicherung gefordert. Dagegen ist Abg. Dr. Becker-Bingen dankbar, daß an neue große Lasten durch eine Arbeitslosenversicherung nicht gedacht wird.

Speziell zur Reichsversicherungsordnung äußerte sich u. a. Abg. Keinath (natl.). An der alten Forderung der Herabsetzung der Altersgrenze für den Bezug der Altersrente auf 65 Jahre halte seine Partei fest. Neben einen besseren Säuglingsschutz müßten auch die Witwen- und Waisenrenten erhöht werden. Auch der Abg. Krätzig (Soz.) kritisierte die minimalen Beträge der Witwen- und Waisenrenten. Von 1886 bis 1911 sei die Zahl der Schwerverletzten um über 1000 %, die der Getöteten um über 247 % gestiegen. Es müsse daher die Unfallversicherung verbessert werden. Der Abg. Chrysant (Ztr.) verlangte von der Regierung eine Einwirkung auf die Landesversicherungsanstalten, daß sie das Geld billiger an den gewerblichen Mittelstand geben, um diesem zu helfen. Abg. Behrens (Wirtsch. Vg.) hält weitere Reformen in der Sozialpolitik, wie die Herabsetzung der Altersgrenze für die Altersrente für spruchreif. Der Abg. Arendt (Rp.) erklärt die Reichsversicherungsordnung als das größte sozialpolitische Werk aller Zeiten. Einige Schönheitsfehler, wie die nicht erfolgte Herabsetzung der Altersgrenze für die Altersrente werden bald zu beseitigen sein. Ueber die Landkrankenkassen habe er Klagen nicht gehört, wohl aber über die Ortskrankenkassen. Er erinnere an die Vorgänge in Schöneberg. Für die Dienstboten seien die Landkrankenkassen die geeignetsten Einrichtungen. Das habe man überall eingesehen, nur nicht in der Reichshauptstadt. Abg. Gothein (Vp.) sagte: „Daß man nach dem Riesenwerk der Reichsversicherungsordnung nicht gleich wieder mit neuen großen Gesetzen kommen kann, sehen wir ein. Auch die boa constrictor braucht eine gewisse Verdauungspause, wenn sie einen großen Affen verschluckt hat. Daß die Landkrankenkassen besonders gut vorbereitet seien, können wir allerdings nicht zugeben. Durch sie ist die Selbstverwaltung aus der Versicherung herausgetrieben und die Bureaukratie hereingekommen. Im Gegensatz zu den Absichten des Reichsamts des Innern hat der preußische Handelsminister Landkrankenkassen für Riesenbezirke zugelassen, wo vorher sehr leistungsfähige Ortskrankenkassen vorhanden waren. In den Kreisen der beteiligten Versicherten herrscht über die Verschlechterung ihrer Lage große Erbitterung. Ob eine Ortskrankenkasse aufgelöst wird oder bestehen bleibt, hängt ganz von der Willkür des betreffenden Landrats ab."

Auf alle die Aeußerungen antwortete Staatssekretär Dr. Delbrück: „Als ich mich auf die Beratung meines Etats vorbereitete, habe ich 197 Fragen durcharbeiten lassen und selbst durchgearbeitet, die Bezug haben auf Wünsche, die für mein Ressort geäußert worden sind. Inzwischen sind durch die Debatten noch etwa 20 dazugekommen. Wesentlich in der Debatte sind bisher zwei Fragen hervorgetreten. Was wird mit unserer Sozialpolitik und was mit unserer Wirtschaftspolitik? Wir sind mit der Verabschiedung der Reichsversicherungsordnung zu einem gewissen Abschluß unserer Sozialpolitik gekommen. Wir sind noch mit der Ausführung der Reichsversicherungsordnung beschäftigt und können nicht vorher neue Gesetze in Angriff nehmen. Zur Kranken- und Invalidenversicherung ist die Hinterbliebenenversicherung hinzugekommen. Mit dem Kreis der in die Krankenversicherung einbezogenen Personen sind wir bis an die Grenzen der Möglichkeit gegangen. Dieses Gesetz ist nicht, wie ein Redner meinte, oberflächlich vorbereitet worden, sondern noch nie ist ein Gesetz so sorgsam ausgearbeitet worden, wie gerade die Krankenversicherung. Auch mit den Versicherungsarten haben wir die Grenzen der Möglichkeit erreicht. Die Schwierigkeiten, die einer obligatorischen Arbeitslosenversicherung entgegenstehen, habe ich früher bereits dargelegt. Mit der Einrichtung von Versicherungs- und Oberversicherungsämtern ist die Selbstverwaltung in der

Digitized by Google

Versicherungsgesetzgebung ausgebildet, und sie ist in die Kommunalverwaltung hineingearbeitet, wo jetzt überall sozialpolitisch durchgebildete Beamte tätig sind. Daß nach der Reichsversicherungsordnung eine Pause eintreten muß, ist selbstverständlich, das haben wir alle gewußt."

Am neunten und letzten Tag kam Abg. Spiegel (Soz.) auf das Unglück auf der Zeche „Minister Achenbach" zu sprechen. Nach den neuesten Meldungen seien 22 Tote, 18 Schwerverletzte und 5 Vermißte zu beklagen. Jedenfalls müsse eifrig daraufhin gearbeitet werden, daß die durch das Gesetz vorgeschriebenen Sicherheitsmänner in die Lage versetzt werden, ihre gesetzliche Pflicht zu erfüllen. Statt dessen mache man ihnen die größten Schwierigkeiten. Wenn man unseren Wünschen mehr Rechnung getragen hätte, würde Leben und Gesundheit der Arbeiter besser geschützt sein.

Bei den Einzelberatungen brachte Abg. Molkenbuhr (Soz.) bei Titel 1: Belastung des Reiches aus den auf Grund der Reichsversicherungsordnung zu gewährenden Leistungen folgendes vor: „Ich habe bereits im vorigen Jahre mich bemüht, nachzuweisen, daß der Reichstag bei Beratung der Reichsversicherungsordnung durch Angabe falscher Zahlen verleitet worden ist, Beschlüsse zu fassen, durch die die Arbeiter und deren Witwen und Waisen schwer geschädigt werden. Der Reichstag hat der von mir in der Budgetkommission gestellten Resolution zugestimmt, wonach Berechnungen über die Belastung aus der Hinterbliebenenversicherung angestellt werden sollten. Die Regierung hat darauf geantwortet, daß diese Berechnungen erst im Jahre 1914 begonnen werden können, da die Erfahrungen der Jahre 1912 und 1913 berücksichtigt werden sollen. Darüber, wann diese Berechnungen voraussichtlich zum Abschluß kommen werden, sagt die Regierung nichts, und ebenso schweigt sie vollständig zu der anderen Forderung des Reichstags, wonach, wenn sich ergeben sollte, daß die alten Berechnungen falsch waren, schleunigst eine Vorlage dem Reichstag zugehen soll, durch die dem Mangel abgeholfen wird. Inzwischen haben sich die verbündeten Regierungen offenbar schon selbst überzeugt, daß ihre Zahlen nicht stimmen, sonst hätten sie unmöglich im gegenwärtigen Etat so niedrige Zahlen für die zu erwartenden Waisen angegeben. Wenn sie noch an ihre früheren Zahlen glaubten, wonach weit über 100 000 Waisen zu erwarten waren, so konnten sie nicht jetzt nur mit 31 500 Waisenrenten rechnen. Für 1912 hat die Regierung die Zahl der bewilligten Renten auf 13 690 angegeben. Etwas Licht in die rätselhaft niedrige Zahl bringt die neueste Nummer des „Reichsarbeitsblattes". Dort wird mitgeteilt, daß 13 690 Waisen 35 528 Köpfe haben. Also es handelt sich nicht um Einzelwaisen, sondern um Waisenstämme, jede rechnerische Waise hat also 2,55 Köpfe. Für 1913 rechnet die Regierung mit 24 380 und für 1914 mit 31 500 einköpfigen Waisen statt mit Waisenstämmen und fordert zirka $2\frac{1}{4}$ Millionen zu wenig. Die Regierung müßte also mit einem Nachtragsetat kommen. Was ich immer bekämpft habe, ist die Irreführung durch die Angabe der fabelhaft hohen Zahl der Waisen. Die Unterlagen für die Rechnungen in der Begründung der Reichsversicherungsordnung trugen einen auffallenden Stempel der Unwahrscheinlichkeit. Man nahm an, daß die Zahl der im Jahre 1882 vorhandenen Witwen auch jetzt noch zutreffe, und rechnete, daß jede Witwe so viel Kinder habe, wie es für die Witwen der Unfallversicherung für 1908 zutraf. Dabei hat man das Alter der Unfallwitwen nicht verglichen mit dem der Witwen überhaupt. Mehr als die Hälfte der in Deutschland lebenden Witwen ist über 62 Jahre alt, und diese haben in der Regel keine kleinen Kinder. Das Durchschnittsalter der Unfallwitwen ist erheblich niedriger. Ferner stützte man sich auf eine Tabelle, die zum Beispiel annahm, daß Väter mit 27 Jahren bereits Kinder im Alter von 14 bis 15 Jahren haben, und daß die höchste Zahl von Kindern bei 69jährigen Männern mit 61jährigen Frauen vorhanden sei.

Meine stärkste Kritik richtet sich aber gegen die Berechnungen über die Beitragserhöhung. In der Begründung zur Reichsversicherungsordnung war angegeben, daß die Beitragserhöhung 39 172 240 M. bringen würde. 1912 hat sie aber rund 64 Mill. M. gebracht. Davon stehen für die Hinterbliebenen zur Verfügung 53 Mill. M., wozu noch 10 Mill. aus dem Wegfall der Beitragserstattung kommen. Nach Abzug dessen, was 1912 an Hinterbliebene ausgezahlt wurde, blieb ein Ueberschuß von 62,6 Mill. M. Der brachte 1912 bei $3\frac{3}{4}$ % Zinsen den Betrag von 2347500 M. Von diesem Zinsertrag wurde 1913 nicht die Hälfte für Hinterbliebenenrenten gebraucht. Im Jahre 1914 ist der Zinsertrag bei $3\frac{3}{4}$ % 4756875 M. Also ein Zinsertrag, der nicht annähernd für die Hinterbliebenenversicherung gebraucht wird. Der Zinsertrag steigt schneller als die Hinterbliebenenrente. Eine Reform der ganzen Hinterbliebenenversicherung wird deshalb nötig sein. Jedenfalls sind für eine Neuregelung der Waisenrente die Unterlagen gegeben. Komplizierte Berechnungen sind dazu nicht nötig. Der Reichstag darf nicht zögern, schleunigst Abhilfe zu schaffen und den Witwen und Waisen das zukommen zu lassen, was für sie wirklich zur Verfügung steht." Geheimrat Aurin: „Es ist ein Irrtum des Vorredners, wenn er meint, die Regierung habe nicht gewußt, daß für jeden Waisenstamm nicht eine Waise, sondern 2,4 Waisen in Betracht kommen. Dann hat der Abg. Molkenbuhr die Tabelle über die Zahl der Kinder angegriffen. Ueber der Tabelle steht „Zahl der Väter, Zahl der Kinder" und nicht „Zahl der gezeugten Kinder". Man kann auch Vater eines anspruchberechtigten Kindes werden, ohne daß man es gezeugt hat. Was die Beiträge anlangt, so kommt der in der Denkschrift errechnete Betrag nicht allein für die Deckung der Hinterbliebenenversicherung in Betracht, sondern auch zur Deckung der enormen Verwaltungskosten. Eine Regelung für die Waisen allein, wie sie der Abg. Molkenbuhr zunächst wünschte, ist nach Lage der Gesetzgebung zunächst unmöglich." —

Beim Kapitel „Reichsgesundheitsamt" verlangte Antrick (Soz.) Verbesserung der gesetzlichen Vorschriften zum Schutze des Kranken- und Pflegepersonals. Seine Partei hat eine entsprechende Resolution vorgelegt. Notwendig sei zuvorderst die obligatorische Ausbildung des Pflegepersonals einschließlich des Massagepersonals. Die Krankenpflegeschulen beschaffen sich billiges Pflegepersonal, indem sie die Leute für 30 M. im Monat zwei Jahre lang „ausbilden". Die Arbeitszeit beträgt häufig 18 Stunden pro Tag. Das Personal muß auch der Reichsversicherungsordnung unterstellt werden. — Angenommen wird eine nationalliberale Resolution, die einheitliche Grundsätze zur Regelung der Verhältnisse dieses Personals fordert. Abg. Baron Knigge (Kons.) wünscht Maßnahmen gegen die Säuglingssterblichkeit. Der Geburtenrückgang sei erschreckend. Abg. Büchner (Soz.) fordert eine reichsgesetzliche Reform des Hebammenwesens. Ueber 100 000 Frauen entbinden in Preußen ohne Hebamme, 9,15 % sämtlicher Entbindungen. Die Geburtshilfe muß unentgeldlich geleistet werden. Abg. Krings (Ztr.) fordert Schutz vor Staubentwicklung und dem Rasen der Automobile auf den Landstraßen. Abg. Frommer (Kons.) befürwortet eine Resolution, die eine Wissenschaftliche Erforschung der Maul- und Klauenseuche und Mittel zu deren Bekämpfung fordert.

Beim Kapitel „Reichsversicherungsamt" brachte Bauer (Soz.) umfangreiche Beschwerden vor. U. a. sagt

Digitized by Google

er: „Bei der Kürzung der Unfallrenten wird neuerdings mit dem Moment der Gewöhnung an die Folgen des Unfalls geradezu grober Unfug getrieben. Selbst einem Mann, der beide Beine verloren hat, ist die Rente gekürzt worden, weil er sich an den Zustand gewöhnt habe, trotzdem doch durch diese Gewöhnung die Erwerbsfähigkeit zweifellos nicht besser geworden ist. Auch die Durchführung der Krankenversicherung nach der Reichsversicherungsordnung ist ganz mangelhaft vorbereitet worden. Die Mustersatzungen der einzelnen Regierungen erschienen so spät, daß die Krankenkassen und die Versicherungsämter die Ausgestaltung ihrer Satzungen überstürzen mußten. Ferner enthielten die Mustersatzungen keine Bestimmungen über die Versicherung der Hausgewerbetreibenden. Als die Berliner Ortskrankenkasse versuchte, die Materie selbst zu regeln, wurde die Genehmigung vom Oberversicherungsamt versagt, weil die Bundesratsverordnungen noch nicht erschienen wären. Am 5. Dezember erschien endlich eine Verordnung, die aber ganz unzureichend war und durch eine zweite vom 20. Dezember ergänzt wurde. Erst durch diese Verordnung erfuhren die Krankenkassen, welche Beiträge sie von den Hausgewerbetreibenden nehmen durften. Nicht gelöst war aber in der Verordnung die Frage, wer die Auftraggeberzuschüsse zahlt. Der Bundesrat legte sie den Zwischenmeistern auf, vergaß aber anzugeben, wer als Zwischenmeister anzusehen ist. In der Berliner Konfektion herrscht hierüber eine große Unklarheit, und nun sollen die Krankenkassen aus diesem Wust von Streitigkeiten sich herausfinden und die Zuschüsse der Auftraggeber auf die richtigen Schultern legen. Sie sind zur Lösung dieser Aufgabe gar nicht in der Lage. Wir werden daher bei der Versicherung der Hausgewerbetreibenden eine große Verwirrung erleben, an der der Bundesrat schuld ist; freilich auch die eigentümliche Gesetzesmacherei, die eine Versicherungspflicht der Hausgewerbetreibenden ausspricht, aber dann so wenig darüber sagt, daß der Ausführende nicht weiß, wohin und woher. Die unglaublichen Szenen, die sich auch in Berlin in vielen Kassenlokalen abgespielt haben, erklären sich daraus, daß Tausende und Zehntausende zu den Kassen kamen und fragten, was sie zu zahlen haben und wo sie versichert sind. Die Beamten der Kasse aber wußten darüber nichts und konnten auch darüber nichts wissen. Die Versicherung der Hausgewerbetreibenden ist vom Bundesrat in geradezu dilettantenhafter Weise erledigt worden. Es erweist sich jetzt als schwerer Fehler, daß die Versicherungs- und Oberversicherungsämter von der Landesregierung ganz abhängig sind. In der Sache selbst hat ja die preußische Regierung nur getan, was wir stets verlangt haben, aber gesetzwidrig war ihr Vorgehen trotzdem. Wenn wir in den Großstädten vielfach Landkrankenkassen nicht bekommen haben, so ist das kein Verdienst der Regierung, sondern der Gemeinden." — Die Debatte hierüber war eine lange und lebhafte — sie erstreckte sich über zwei Tage — und forderte auch die Regierungsvertreter zu Erwiderungen heraus.

Die Verhandlungen waren im Allgemeinen — wie jedes Jahr, — nicht nutzlos. Sie führen immer zu einem sehr wichtigen Ergebnis: sie schaffen Klarheit über die Stellung des Reichstages und seiner einzelnen Fraktionen sowie der Reichsregierung zu den wichtigsten sozialpolitischen Aufgaben, mit denen sich die Gesetzgebung in den nächsten Jahren beschäftigen wird oder beschäftigen sollte. Und das ist immer von Vorteil.

Zum Einigungsabkommen zwischen Krankenkassen und Aerzten

(siehe hier S. 50 ff.) führt die Betriebskrankenkassen-Korrespondenz u. a. aus:

Das Abkommen enthält nur Grundsätze, die der Vervollständigung und der Ergänzung bedürfen. Es bietet aber eine gute Unterlage für eine vollständige Regelung der Arztfrage. Die wesentliche Arbeit bleibt den örtlichen Stellen überlassen. Das Abkommen läßt sich heute in seiner vollen Tragweite noch nicht übersehen; es ist manches der weiteren Entwicklung vorbehalten, namentlich kommt es darauf an, wie die Einrichtungen des Abkommens, Arztregister, Vertragsausschuß, Schiedsamt, getroffen, und wie ihre Tätigkeit und Befugnisse abgegrenzt werden. Die Kassen mit freier Arztwahl geben bei dem Abkommen nichts auf, sondern erreichen wertvolle Vorteile, ihnen wird ein größerer Einfluß eingeräumt. Auf der anderen Seite machen die Kassen mit den Kassenarztsystemen den Aerzten in verschiedener Hinsicht recht wertvolle Zugeständnisse. Die Kassen verzichten auf das Recht, die Aerzte nach ihrem Ermessen auszuwählen. Sie lassen vielmehr hierbei die geordnete Mitwirkung einer Vertretung der Aerzte zu. Ferner unterwerfen sich die Kassen in Streitfällen bei der Festsetzung der Vertragsbedingungen, insbesondere der Honorare, einem Schiedsamt.

Der Leipziger Aerzteverband kann nicht mehr in der bisherigen Weise, die sich auf die Anwendung aller gewerkschaftlichen Machtmittel und Maßnahmen der Selbsthilfe stützte, vorgehen. Für die Dauer des Abkommens ist es ausgeschlossen, daß der Aerzteverband einen Streik herbeiführen kann. Ein Koalitionszwang der auf Kassenpraxis angewiesenen Aerzte im Sinne des Leipziger Verbandes ist nicht möglich. Das Abkommen bestimmt ferner ausdrücklich, daß Einzelverträge geschlossen werden sollen. Der von der Aerzteorganisation verlangte Kollektivvertrag ist nicht anerkannt worden. Das Abkommen bringt auch in gewissem Sinne den Grundsatz zur Anerkennung, daß Rechten auch Pflichten gegenüberstehen. Aerzte können von der Kassenpraxis ausgeschlossen werden, wenn sie mehr als dreimal eine Kassenarztstelle ohne einen wichtigen Grund ablehnen. Die Aerzte unterwerfen sich mit bindender Wirkung den Schiedsspruch und sind im Streitfalle verpflichtet, die Tätigkeit bei den Kassen zu den vom Schiedsamt festgesetzten Bedingungen aufzunehmen oder fortzusetzen. Vor allen Dingen bestätigt das Abkommen die Gleichberechtigung der Arztsysteme und wahrt den gegenwärtigen Besitzstand. Der Leipziger Aerzteverband hat darauf verzichtet, allgemein die freie Arztwahl durchzusetzen. Eine Aenderung im Arztsystem kann nur eintreten, wenn ein wichtiger Grund vorliegt, z. B. wenn die freie Arztwahl die Kassen erheblich belastet.

Das Abkommen entspricht in wesentlichen Punkten den Vorschlägen, die der Betriebskrankenkassenverband schon früher bei Einigungsverhandlungen dem Leipziger Aerzteverbande ohne Erfolg unterbreitet hatte. Es kann mit einem gewissen Recht gesagt werden, daß in dem Abkommen der Aerzteverband wesentliche Forderungen aufgegeben hat. Dies ist wohl im wesentlichen darauf zurückzuführen, daß die einmütig handelnden Kassenverbände ebenso maßvoll in ihrem Vorgehen als tatkräftig in der Vertretung ihrer Interessen gewesen sind. Die Kassen haben sich nicht Forderungen der organisierten Aerzte erst aufzwingen lassen, denen eine gewisse Berechtigung nicht abgesprochen werden kann, sondern haben hierbei von vornherein weites Entgegenkommen gezeigt. Die Kassenvertreter, die sich aus Arbeitgebern und Arbeitern aller Parteirichtungen zusammensetzten, waren sich bei den Einigungsverhandlungen klar darüber, daß sie, um das Abkommen zustande zu bringen, auch Opfer bringen

Digitized by Google

müßten. Die Kassenvertreter haben geglaubt, den Bogen nicht überspannen und in dem Punkte nachgeben zu sollen, der für die Beendigung des Kampfes schließlich von ausschlaggebender Bedeutung geworden war, nämlich die Uebernahme eines Teiles der Kosten zur Abfindung der Aerzte, welche von bestimmten Kassen von auswärts herangezogen worden waren. Der Friedensschluß konnte nur unter dieser Bedingung zustande kommen, denn der Leipziger Aerzteverband war für sich nicht in der Lage, die dadurch entstehenden großen Aufwendungen zu bestreiten und hätte es ohne Zweifel deswegen zum Kampfe kommen lassen. Durch diese Beteiligung der Kassen an den „Kriegskosten" kommt auch ein Gesichtspunkt der Versöhnung zum Ausdruck. Die Kassen müssen nun einmal mit den Aerzten zusammenarbeiten, und mit versöhnten Aerzten wird dies eher möglich sein als mit einem erbitterten, auf Vergeltung sinnenden Gegner.

Wenn auch das Abkommen bei den Kassen nicht in jeder Hinsicht Befriedigung auslösen sollte, so ist zu bedenken, daß es sich um eine friedliche Einigung handelt, bei der jeder Teil etwas zum Friedensschluß beitragen muß. Das Abkommen ist ein Markstein in der Entwickelung der Arztfrage und der Krankenversicherung. Zehn lange Jahre werden die Kassen durch Arztkämpfe nicht gestört und können sich in Ruhe den ihnen obliegenden Aufgaben widmen. Aerzte und Kassen, die sich bisher oft verständnislos gegenüberstanden, werden durch die Einrichtungen des Abkommens einander näher gebracht. Dies wird dazu beitragen, daß die beiderseitigen Wünsche und Forderungen gerechter abgewogen und daß aufeinander Rücksicht genommen wird. Bei den Kassen und Aerzten besteht die Hoffnung und der Wunsch, daß das allgemeine Einigungsabkommen im wahren Sinne ein Friedenswerk werde, das sowohl den Interessen der Kassen und Versicherten als auch denen der Aerzte förderlich ist.

Zur „Aufspeicherung von Schätzen" in der Sozialversicherung.

Im Berliner Tageblatt vom 9. Februar hatte ein redaktioneller Artikel, mehr witzelnd als kundig und sachlich, u. a. auch von der geizigen Aufspeicherung von Schätzen bei den Trägern der Sozialversicherung geredet. Es mag wohl sein, daß diese Art, ein ernstes, schwieriges und wichtiges Problem zu behandeln und Mißverständnisse statt Aufklärung im Leserkreise zu verbreiten, vielfach Anstoß erregt hat. Jedenfalls hat sich die Redaktion veranlaßt gefunden, nachträglich zu tun, was sie vorher nicht hätte unterlassen sollen: sie hat einen Sachverständigen befragt und ihrem großen Leserkreise die Aeußerung des Vorsitzenden der Landesversicherungsanstalt Berlin, Dr. Richard Freund, eines besonders erfahrenen und zu einem Urteil in dieser Frage berufenen Praktikers, mitgeteilt. Wir geben im folgenden einen Auszug aus seinen Darlegungen, die auf den Nachweis gerichtet sind, daß die Versicherungsträger nicht Schätze sammeln um auf ihnen zu sitzen, sondern daß die Sozialversicherung, wenn sie wie eine Riesenspritze flüssiges Kapital aus dem Reservoir der Volkswirtschaft ansauge, dies nur tue, um es in einen weiten Umkreis befruchtend wieder zu verspritzen.

Ein gewisses Maß von Kapitalsanhäufung ist bei der staatlichen Versicherung so wenig wie bei der privaten entbehrlich; desto weniger entbehrlich, je veränderlicher das Risiko ist. Trotz gewaltiger Reserven sind manche Feuerversicherungsanstalten durch ein Ereignis wie das Erdbeben von San Francisco dem Ruin nahegebracht worden; ihre Reserven wurden weit über die Zulässigkeit hinaus erschöpft. Auf plötzliche gewaltige Attacken muß auch die staatliche Versicherung vorbereitet sein. Bei der Krankenversicherung kommt man mit statistischen Durchschnitten nicht aus. Eine Influenzaepidemie zum Beispiel wirft das alles über den Haufen. Und auch ein wichtiges wirtschaftliches Moment ist zu beachten. In glänzenden Wirtschaftszeiten, wenn die Arbeiterschaft gut verdient, arbeitet der Mann oft auch trotz Krankheit. Ein leichter Rheumatismus, geringere nervöse Störungen, Erkältungen u. dgl. bleiben unbeachtet. Man überwindet sich, verbeißt Schmerzen oder denkt, wie das Volk sagt, nicht daran, um zu arbeiten: man will verdienen. Wenn aber kritische Wirtschaftszeiten und Arbeitslosigkeit kommen, dann vermehren sich die Krankheitsfälle rasch. Und das sind nicht simulierte Krankheiten. Die Aerzte können diese Leute nicht abweisen, die wirklich krank sind und bei guter Beschäftigung bloß keine Zeit hatten, krank zu sein. Für diese Fälle, Epidemien und Wirtschaftskrisen, sind die Reserven unserer Krankenversicherung keineswegs hoch, ja kaum hinlänglich.

Die Invaliditätsversicherung freilich hat und braucht beträchtliche Reserven. Ihr Risiko läßt sich aber nicht begrenzen. Der Versicherte kann ebensogut mit zwanzig wie mit siebzig Jahren invalid werden. Und da werden durch das Kapitaldeckungsverfahren tatsächlich gewaltige Summen aufgebracht. Aber ist es richtig, dabei von „Thesaurierung" zu sprechen? In weiten Kreisen ist die Vorstellung verbreitet, als ob durch die Sozialversicherung sozusagen ein Kapital der toten Hand angehäuft und — zum Schaden namentlich der Industrie — der lebendigen Volkswirtschaft entzogen würde. Das ist keineswegs der Fall, und die Anlage der Sozialversicherungskapitalien kann das Kapitaldeckungsverfahren vielleicht am besten verteidigen.

Der vierte Teil des Vermögens aller Landesversicherungsanstalten ist in Reichs- und Staatsanleihen angelegt. Das ist Gesetzvorschrift, und es tut heute nicht mehr Not, die Vorschrift zu rechtfertigen. Darüber hinaus ist ein Teil des Vermögens in mündelsicheren Hypotheken angelegt, wogegen schwerlich ein Einwand erhoben werden wird. Daß die Versicherungsanstalten zu Ende 1912 nicht weniger als 145 Mill. landwirtschaftliche Pfandbriefe besaßen und 114 Mill. den Kreisen als Darlehen für landwirtschaftliche Kreditbedürfnisse zur Verfügung gestellt hatten, ist gewiß volkswirtschaftlich nützlich. Aber dies ist dennoch bloß eine Nebensache. Die Hauptsache ist die mächtige Förderung gemeinnütziger Zwecke durch die Versicherungskapitalien. Das Gesamtvermögen aller Landesversicherungsanstalten im Reich zu Ende des Jahres 1912 hat rund 1,5 Milliarden M. betragen. Davon sind 1,049 Milliarden als Darlehen für gemeinnützige Zwecke hergegeben worden. Im einzelnen: für den Bau von Arbeiterwohnungen 418 Mill. M. (davon 396 Mill. für Familienwohnungen und 22 Mill. für Ledigenheime). Und die sozialpolitische Bedeutung solcher Darlehnsgewährung wird vollends klar, wenn man erfährt, daß der Zinsfuß der Darlehen in der Regel $3\,^1/_2\,\%$ nicht überschritten hat. Weiter haben jedoch die Landesversicherungsanstalten nicht weniger als 68 Mill. M. für eigene gemeinnützige Veranstaltungen aufgewendet, und zwar haben sie erbaut: 39 Lungenheilstätten, 2 Tuberkuloseinstitutionen, 34 Genesungsheime, 3 Krankenhäuser, eine Heilstätte für Rheumatiker, eine Walderholungsstätte, 15 Invalidenheime, ein Arbeitsnachweisgebäude und ein Geschäftsgehilfinnenheim. Das sind bedeutende Leistungen. die aber noch wesentlich erhöht werden sollen.

Es wird die Berliner besonders interessieren, was die Landesversicherungsanstalt Berlin mit rund 100 Mill. Vermögen für gemeinnützige Zwecke getan hat. Nach dem Ausweis vom 31. Dezember 1913 hat sie an Dar-

Digitized by Google

leben gegeben: für Arbeiterfamilienwohnhäuser 6 Mill., für Ledigenheime 1,8 Mill., für Kranken- und Genesungshäuser 4 Millionen, für Erziehung, Unterricht, Hebung der Volksbildung 1,5 Mill., für allgemeine Wohlfahrtszwecke 4,5 Mill. Für eigene gemeinnützige Bauten aber hat die Landesversicherungsanstalt Berlin volle 20 Mill. M. das ist ein Fünftel ihres Vermögens verwendet. Und davon ist der größte Teil den Anstalten in Beelitz (Lungenheilstätten und Sanatorien für Männer und Frauen) zugeflossen, die mit ihren 1300 Betten nicht bloß eine musterhafte, sondern auch die größte derartige Anlage der Welt sind. Daß die Landesversicherungsanstalt Berlin, über ihr gemeinnütziges Wirken hinaus, durch die Gewährung von Kommunalkrediten nützlich gewirkt hat, soll auch nicht unerwähnt bleiben.

Vom poetischen Zahnarzt.

Das ist nämlich Herr Teburlein, von dem die „Zahnärztlichen Mitteilungen", Zeitschrift des „Wirtschaftlichen Verbandes Deutscher Zahnärzte" (W. V. D. Z.), die folgenden Verse bringen. Wir teilen sie mit, weil sie vielleicht manchem, der an einer schmerzhaften Wurzelhautentzündung leidet, wenigstens für ein Viertelstündchen Erheiterung und Erleichterung bringen mögen:

Reichsversicherungsordnung und Zahnärzte.

So will's das neue Reichsversicherungsrecht:
Herr ist die Kasse, und der Zahnarzt wird ihr Knecht.
Wenn Kass' und Reichsversicherungsanstalt auch
ersticken in ihren Millionen,
„Euch Zahnärzte, euch soll der Hungertyphus holen!"
Wie?! freie Arztwahl zu der Kranken Wohl?:
Wer trägt die Kosten für das Idol?!
Das Gesetz ist gut, die Ausführung nur schlecht,
Herr Delbrück sprach's, hat der Mann auch recht?
Versichert ist bald jeder Mensch im Reich,
Wie es den Zahnärzten geht, ist Wurst und gleich.
Da haben die Zahnärzte im W. V. D. Z. sich zusammengetan,
Nun steh'n sie da, viel hundert Mann für Mann.
Ja, die Studenten haben sich ihnen angeschlossen,
Sie traten in den Streik ganz unverdrossen.
„Wenn manchem Professorlein auch wackelt dabei
der Kopf,
Den Doktor her, die Ketten den Knechten,
Wir wollen uns wieder die Freiheit erfechten.
Wir essen mit den Kurpfuschern nicht aus einem Topf."
Nun steh'n die Zahnärzte alle da, klar zum Gefecht!
Macht geht vor Recht?!
Nein, seid einig, dann erst schafft Macht hier Recht!

„Klar zum Gefecht" mag dieser Teburlein vielleicht sein; daß er sonst ganz klar sei, wird auch, wer ihn liebt, nicht behaupten können.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und deutlich zu schreiben.

Verletzung der Meldepflicht durch mehrere Arbeitgeber.

1. **Nach Bo.** Frage: Ein Arbeiter stand in versicherungspflichtiger Beschäftigung vom 27. bis 30. Oktober und vom 1. bis 8. November bei einem Schlossermeister. Vom 12. November bis 5. Dezember war er bei einem Mühlenbesitzer beschäftigt. Beide Arbeitgeber haben den Mann nicht zur Kasse angemeldet. Am 5. Dezember ist er erkrankt. Sind nun beide Arbeitgeber der Kasse zum Ersatze der in diesem Krankheitsfalle gemachten Auslagen verpflichtet oder nur der letzte Arbeitgeber?

Antwort: Zum Ersatze nach § 50 KVG. ist nur derjenige Arbeitgeber verpflichtet, bei dem der Versicherte das Beschäftigungsverhältnis eingegangen ist, auf Grund dessen die Kasse zur Gewährung der Krankenunterstützung verpflichtet ist. Durch Begründung eines neuen Versicherungsverhältnisses erlischt also, sofern nicht etwa schon vorher der Unterstützungsfall eingetreten ist, die Ersatzpflicht des ersten Arbeitgebers. Nur der letzte, im vorliegenden Falle der Mühlenbesitzer, ist haftbar. (Vgl. Hahn, Krankenversicherungsgesetz, Anm. 1d zu § 50.

Kann eine Kasse, die geschlossen wird, für die angefangene letzte Woche des Jahres den vollen Beitrag erheben?

2. **Nach Beeskow.** Frage: Hier ist die Frage aufgeworfen worden, ob Krankenkassen, die Beiträge für volle Wochen erheben und die am 31. Dezember 1913 geschlossen werden, den letzten vollen Wochenbeitrag nur bis zum 28. Dezember 1913 erheben dürfen, oder ob der Beitrag bis zum 31. Dezember 1913 oder bis zum 4. Januar 1914 erhoben werden muß. Dürfen Kassen, die am 1. Januar 1914 ins Leben treten und volle Wochenbeiträge erheben, den ersten Beitrag für 29. Dezember 1913 bis 4. Januar 1914 oder nur vom 1. Januar 1914 ab fordern? Für Mitglieder, die vor dem 1. Januar 1914 noch keiner Krankenkasse angehört haben, wird die erste Frage zu bejahen sein. Wie ist es aber mit den Mitgliedern, die aus einer geschlossenen Kasse in eine neue übergehen? Die Höhe der Beiträge ist verschieden.

Antwort: Wenn die Beiträge satzungsgemäß für volle Wochen im voraus zu entrichten sind, hat dies auch für die angefangene letzte Woche des Jahres 1913 zu

Digitized by Google

geschehen, während bei vorgesehener nachträglicher Beitragszahlung der Beitrag für diese letzte Woche wegfällt. Tritt der Versicherte am 1. Januar in eine Kasse über, die gleichfalls Beiträge für volle Wochen erhebt, so kann es hiernach allerdings kommen, daß ein Beitrag bei jeder der beiden Kassen zu entrichten ist. Vgl. Hahn, Handb. der Krankenversf. S. 563 Anm. 4a zu § 397 RVO., Arb.-Versorg. 1901 S. 311, 1906 S. 691 Ziff. 2, 1908 S. 616.

Ausübung des Wahlrechts aus Art. 29 Einf.-Ges. z. RVO., insbesondere bei Hausgewerbetreibenden. — „Wirtschafterin" als Dienstbote? — Beschäftigung eines Dienstboten im Betriebe (§ 459 RVO.)

3. **Nach Rathenow.** Antwort: a) Nur dem Versicherten, also dem Dienstboten und nicht seiner Dienstherrschaft, steht das im Art. 29 Einf. Ges. z. RVO. vorgesehene Wahlrecht zu. Eine Frist ist im Gesetze nicht bestimmt, und es erscheint daher sehr zweifelhaft, bis wann das Wahlrecht ausgeübt werden kann. Man muß davon ausgehen, daß die Zugehörigkeit zur Landkrankenkasse die gesetzliche Regel ist und daß, wenn nicht eine heillose Unordnung und Rechtsunsicherheit bei allen Beteiligten Platz greifen soll, es Sache des Versicherungspflichtigen sein wird, das Wahlrecht rechtzeitig auszuüben; und als Frist dafür läßt sich keine andere zweckmäßige erkennen als die bei der Landeskasse geltende Anmeldefrist. Denn der Arbeitgeber muß seiner Pflicht zur Anmeldung bei dieser Kasse genügen, wenn nicht in der Anmeldefrist die Zuständigkeit der Landkrankenkasse durch Ausübung des Wahlrechts beseitigt ist.

b) Das Wahlrecht ist durch eine Erklärung des Versicherten gegenüber seiner bisherigen Kasse, bei der er Mitglied bleiben will, auszuüben. Zugleich wird er, was sich freilich nicht erzwingen läßt, der Landkrankenkasse hiervon Mitteilung zu machen haben (Hoffmann in Arb.-Versorg. 1914 S. 10). Geschieht dies nicht, so wird selbstverständlich die Landkrankenkasse von dem Arbeitgeber die Anmeldung und Beitragsleistung beanspruchen.

c) Bei Hausgewerbetreibenden verhält es sich mit der Ausübung des Wahlrechts etwas anders als bei anderen Landkassenpflichtigen. Hausgewerbetreibende — und ebenso unständig Beschäftigte — werden nicht ohne weiteres kraft Gesetzes, sondern erst durch Eintragungen in das Verzeichnis (§ 442 Abs. 3, § 468 RVO.) Mitglieder der zuständigen Kasse. Daher können sie auch, solange diese Eintragung noch nicht erfolgt ist, immer noch das Wahlrecht aus Art. 29 Einf. Ges. ausüben und sich bei ihrer bisherigen Kasse eintragen lassen. Für sie ist also die Meldepflicht und die Meldefrist, soweit sie überhaupt gilt (§ 468 Abs. 2), nicht von der gleichen Bedeutung, wie für andere Landkassenpflichtige.

d) Ob die in den Hausstand aufgenommene „Wirtschafterin" zu den Dienstboten gehört, läßt sich nicht allgemein, sondern nur von Fall zu Fall entscheiden. Ist sie im wesentlichen nur mit häuslichen und wirtschaftlichen Diensten niederer Art beschäftigt, so ist sie Dienstbote. Hat sie neben solchen Diensten in erheblichem Maße auch „Dienste höherer Art" zu leisten, so kann sie nicht zu den Dienstboten gerechnet werden. Dies wird namentlich dann anzunehmen sein, wenn sie bei der Besorgung des Haushalts, bei Einkäufen oder sonstigen Anschaffungen freier gestellt und in weiterem Umfang, als bei Dienstboten üblich, auf selbständige Entschließung angewiesen ist; ebenso wenn sie auch Pflichten gesellschaftlicher Art („Repräsentationspflichten") hat, und namentlich dann, wenn neben ihr noch Dienstboten oder etwa eine Aufwärterin vorhanden sind, die in der Hauptsache die niederen Dienste verrichten.

e) Ein Dienstbote, der nur die Stube der Gesellen reinigt und die Betten macht, ist nicht „im Betriebe" beschäftigt (vgl. Arb.-Versorg. 1908 S. 600 Ziff. 1); § 439 trifft also nicht zu, und der Dienstbote gehört daher zur Landkrankenkasse.

Versicherungspflicht der von ihren Eltern beschäftigten Kinder.

4. **Nach Hf.** Antwort: Die Frage, ob ein Kind, das im Betriebe seiner Eltern beschäftigt ist, der Versicherungspflicht unterliegt, läßt sich nur von Fall zu Fall unter Würdigung der näheren Umstände beurteilen. An sich schließt auch nahe Verwandtschaft die Annahme eines Arbeitsverhältnisses nicht aus. Dieses liegt unzweifelhaft dann vor, wenn das Kind einen Entgelt bezieht, wie ihn jeder fremde Arbeiter beziehen würde. Ein versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis kann aber sehr wohl auch da angenommen werden, wo der Entgelt lediglich in Unterhalt oder vielleicht noch in einem kleinen Taschengeld besteht, nämlich dann, wenn die Eltern in ihrem Betriebe auf jeden Fall einer Hilfskraft bedürfen und das Kind, falls es nicht dort tätig sein würde, sicherlich anderweitig durch Verwertung seiner Arbeitsfähigkeit seinen Unterhalt verdienen würde. Allerdings ist das Kind, solange es dem elterlichen Hausstand angehört und von den Eltern erzogen oder unterhalten wird, verpflichtet, gleichviel, ob es minder- oder volljährig ist, in einer seinen Kräften und seiner Lebensstellung entsprechenden Weise den Eltern in ihrem Hauswesen und Geschäfte Dienste zu leisten. Tut es nun dies lediglich auf Grund dieser gemäß § 1617 BGB. bestehenden Verpflichtung, so wird man das Vorhandensein eines Versicherungsverhältnisses verneinen dürfen. Doch sind das wohl, soweit wenigstens erwachsene Kinder in Frage kommen, die Ausnahmefälle.

Kassenmitgliedschaft der Gärtnereiarbeiter.

5. **Nach Rathenow.** Antwort: Wenn die Zucht von Forstpflanzen und Forstsämereien als selbständiges Unternehmen betrieben wird, so gehören die darin beschäftigten Personen nach § 225 RVO. der Allgemeinen Ortskrankenkasse an; bildet sie jedoch nur den Teil eines landwirtschaftlichen oder forstwirtschaftlichen Betriebes, so sind die Arbeiter Mitglieder der Landkrankenkasse.

Einweisung eines verheirateten Mitgliedes ins Krankenhaus wegen Simulationsverdachts.

6. **Nach Neuß.** Antwort: Begründet das Verhalten des Mitgliedes den Verdacht, daß es simuliere, so kann die Kasse es auf jeden Fall gemäß § 184 Abs. 3 Ziff. 4 auch ohne seine Zustimmung einem Krankenhause überweisen, auch wenn sich daraus Unzuträglichkeiten für seine Familie ergeben könnten. Ist der Kranke damit nicht einverstanden, so kann er eine Entscheidung des Versicherungsamtes beantragen. Dessen Vorsitzender entscheidet darüber gemäß § 1661 Ziff. 2 RVO. allein. Eine aufschiebende Wirkung etwa derart, daß der Versicherte bis zur Entscheidung auf jeden Fall Krankenpflege und Krankengeld zu beanspruchen hätte, hat sein Antrag nicht. Will der Versicherte nicht Gefahr laufen, durch seine Weigerung, ins Krankenhaus zu gehen, seine Ansprüche auf Unterstützung zu verwirken, so bleibt ihm

Digitized by Google

nichts anderes übrig, als einstweilen der Einweisung Folge zu leisten. Hierdurch verliert er nicht das Recht, eine Entscheidung des Versicherungsamtes zu beantragen.

Zum Uebergang des Anspruches gegen den Schwängerer auf die Krankenkasse.

7. Nach Dohna. Antwort: Wir sind der Ansicht, daß auch nach der Reichsversicherungsordnung der Anspruch der Wöchnerin gegen den Schwängerer auf die Krankenkasse übergehe. Allerdings spricht § 1542 nur von Krankheit, und in diese begreift sonst die Reichsversicherungsordnung das normale Wochenbett nicht ein. Dennoch liegt in § 1542 offenbar nur eine Ungenauigkeit im Ausdruck vor, so daß man annehmen darf, es sollten auch die Ansprüche aus einem Wochenbett miteinbegriffen sein. Das ist daraus zu schließen, daß Krankheit in Gegensatz zu Unfall und Invalidität gesetzt ist. Man wollte hier die drei Gruppen der Schadensfälle, die Gegenstand der Reichsversicherung sind, summarisch bezeichnen und einander gleichstellen. Wie man unter Krankenversicherung nicht nur die Versicherung gegen Krankheit im engeren Sinne, sondern auch gegen das Wochenbett versteht, so soll der Ausdruck Krankheit in § 1542 offenbar auch das Wochenbett mit umfassen. Anderenfalls könnte die Kasse nicht bei einem normalen Verlauf des Wochenbettes, wohl aber, sobald irgend welche Komplikationen bei diesem eintreten, die Ansprüche gegen den Schwängerer kraft gesetzlichen Ueberganges geltend machen. Denn er haftet der unehelichen Mutter nicht nur für die Folgen des normalen Wochenbettes, sondern gemäß § 1715 BGB. auch für diejenigen Aufwendungen, die über die Aufwendungen für eine normale Entbindung und einen sechswöchigen Unterhalt hinaus infolge der Schwangerschaft oder der Entbindung notwendig werden, also auch für die Kosten, die durch eine aus Anlaß der Entbindung entstandenen Krankheit entstehen. Unsere Ansicht wird geteilt von Lehmann, Reichsversicherungsordnung, 5. und 6. Buch, Anm. 9 zu § 1542. Abweichende Meinung jedoch für den Entwurf der Reichsversicherungsordnung Hahn in der Arb.-Versorgg. 1909 S. 398.

Uebergang des Vermögens geschlossener Krankenkassen auf die Allgemeine Ortskrankenkasse.

8. Nach Eisleben. Antwort: a) Wird eine Kasse geschlossen oder aufgelöst, so weist das Versicherungsamt gemäß § 303 RVO. einen etwaigen Vermögensüberschuß den Krankenkassen unter Berücksichtigung des Mitgliederüberganges zu. Da für diese Fälle § 294 RVO., der nur auf die Vereinigung von Kassen (und in Fällen der Ausscheidung nach § 298 Abs. 2) Anwendung findet, nicht gilt, so ist aus dem Ueberschuß kein Sondervermögen zu Gunsten der übergehenden Mitglieder zu bilden, vielmehr fließt er dem Vermögen der andern Kassen schlechtweg ohne Beschränkung zu. Darum ist es nicht zulässig, für die übergehenden Mitglieder, wie es im Falle der Vereinigung von Kassen gemäß § 294 geschehen kann, aus dem übernommenen Vermögensüberschuß einen Zuschuß zum Sterbegeld zu gewähren.

b) Wird eine private Versicherungskasse geschlossen, so gelten für sie überhaupt nicht die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung, und dann hat die Zwangskasse, der die Versicherten nunmehr angehören müssen, überhaupt keinen Anspruch auf Ueberweisung des verbleibenden Vermögens der privaten Kasse. Nach deren Satzung ist vielmehr zu entscheiden, was mit ihren Ueberschuß zu geschehen hat. Die Allgemeine Ortskrankenkasse kann sonach nicht mit verbindlicher Kraft für die private Kasse beschließen, daß ihr der Ueberschuß zufalle. Wohl aber können die zuständigen Organe der privaten Kasse nach deren Satzung darüber verfügen und deshalb auch den Ueberschuß an die Allgemeine Ortskrankenkasse überweisen, und hierbei zur Bedingung machen, daß das überwiesene Vermögen lediglich zu Gunsten der Mitglieder der privaten Kasse zu verwenden sei. Will die Ortskrankenkasse auf die Bedingung nicht eingehen, so kann sie das Vermögen zurückweisen.

Recht auf Weiterversicherung bisheriger Pflichtmitglieder einer aufgelösten Kasse bei der neuen.

9. Nach N. Frage: Der mit dem 31. Dezember aufgelösten hiesigen Gemeinsamen Ortskrankenkasse gehörten auf Grund ortsgesetzlicher Vorschrift eine Anzahl Gemeindebeamter als versicherungspflichtige Mitglieder an. Ihnen ist vor Jahresschluß, mit Wirkung vom 1. Januar ab, von der Gemeindevertretung für den Erkrankungsfall ein Rechtsanspruch auf Krankenhilfe im Sinne des § 169 der RVO. zugestanden worden. Sie sind demnach vom 1. Januar ab versicherungsfrei. Können sie nun die bei der eingegangenen Ortskrankenkasse bestandene Pflichtmitgliedschaft bei der für den bisherigen Kassenbezirk neu errichteten Allgemeinen Ortskrankenkasse freiwillig fortsetzen und damit zu einer niederen Stufe übertreten (§ 313 RVO.) oder sind sie nur nach § 176 RVO. berechtigt, der Versicherung freiwillig beizutreten, in welchem Falle sich ihre Einreihung in eine Beitragsstufe nach den bezüglichen Bestimmungen der Kassensatzung richtet?

Antwort: Die bisherigen Pflichtmitglieder der früheren Kasse können sich bei der neuen freiwillig weiterversichern. Wenn es in § 300 Abs. 1 Satz 3 RVO. heißt, daß die übergehenden Mitglieder ihr Versicherungsverhältnis unmittelbar fortsetzen, so soll damit zum Ausdruck gebracht werden, daß der Kassenwechsel für die Versicherungspflicht und die Versicherungsberechtigung an sich grundsätzlich keine Bedeutung habe, insbesondere die Rechte der Versicherten, soweit nicht die Satzung der neuen Kasse die Leistungen selbst abweichend bestimmt (vgl. § 212 RVO.), nicht geschmälert werden sollen. Der Kassenwechsel darf den Versicherten daher nicht das Recht der Weiterversicherung nehmen. Hierbei kann es nicht von Bedeutung sein, daß das Aufhören der Pflichtmitgliedschaft mit dem Kassenwechsel zeitlich zusammenfällt.

Frühere freiwillige Mitglieder sind jetzt Pflichtmitglieder, wenn ihr Jahresarbeitsverdienst 2500 M. nicht übersteigt.

10. Nach Ingolstadt. Antwort: Diejenigen, die bisher freiwillig versichert waren, weil ihr Jahresarbeitsverdienst 2000 M. überstieg, sind seit dem 1. Januar 1914, soweit er 2500 M. nicht übersteigt, wieder Pflichtmitglieder. Daraus folgt allerdings für sie, daß nunmehr im Krankheitsfalle der Arbeitgeber, wenn es sich nicht um Handlungsgehilfen handelt, das Krankengeld vom Lohn oder Gehalt gemäß § 616 BGB. abziehen kann, da es sich um eine auf gesetzlicher Verpflichtung beruhende Versicherung handelt. Dem steht aber der Vorteil für die Versicherten gegenüber, daß sie nicht mehr den vollen Beitrag allein bezahlen müssen, sondern daß der Arbeitgeber ein Drittel davon übernehmen muß.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Dippe**, Geh. Justizrat **J. Hahn**, Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat und Vortr. Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe Dr. **Hoffmann**, Geh. Reg.-Rat und Vortr. Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. **Laß**, Rat Dr. **Olshausen**, Geh. Rat Prof. Dr. **Rosin**, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. **K. Weymann**, Geh. Reg.-Rat Dr. **Zacher** u. anderen namhaften Fachmännern.
herausgegeben von
A. Troschel.

XXXI. Jahrgang. **11. März 1914.**

Redaktion:	**Nr. 8**	**Verlag und Expedition:**
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung R. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Einige Fragen aus dem Gebiet der Krankenversicherung.

Von Regierungsrat **Dr. Olshausen** in Hamburg.

Zu § 189 RVO.

§ 189 RVO. bestimmt: „Erhält ein Versicherter Krankengeld gleichzeitig aus einer anderen Versicherung, so hat die Krankenkasse ihre Leistung soweit zu kürzen, daß das gesamte Krankengeld des Mitglieds den Durchschnittsbetrag seines täglichen Arbeitsverdienstes nicht übersteigt. — Die Satzung kann die Kürzung ganz oder teilweise ausschließen."

Die Auslegung dieses Paragraphen hat zu einer Meinungsverschiedenheit u. a. darüber geführt, ob die Leistung der Krankenkasse nur dann zu kürzen ist, wenn der Versicherte einen Rechtsanspruch auf das Krankengeld aus der anderen Versicherung hat oder ob der tatsächliche Bezug eines solchen Krankengeldes genügt, um die Kürzung herbeizuführen. Frankenberg, Hoffmann, Petersen, Schäffer und der Verfasser haben die letztere, Hahn, Kleeis (Arb.-Versorgg. 28 S. 760) und Stier-Somlo die erstere Ansicht vertreten.

Diese Ansicht stützt sich einmal darauf, daß § 189 sowohl nach dem Wortlaute wie nach der Begründung (zu § 204 des Entwurfs) dem § 26a Abs. 1 KVG. entspreche, dieser aber nach ständiger Praxis und Rechtsprechung nur auf Rechtsansprüche bezogen sei, sodann aber auf den Gebrauch des Wortes „Versicherung"; von einer solchen könne man nicht reden, wenn nicht eine Sicherheit des Bezugsrechtes, sondern nur eine unverbindliche Aussicht gewährt sei.

Die entgegengesetzte Ansicht stützt sich auf die Vorgänge bei den Beratungen über den Entwurf der Reichsversicherungsordnung. Bei der Kommissionsberatung wurden nämlich in der ersten Lesung hinter den Worten „aus einer anderen Versicherung", die Worte „die ihm einen Rechtsanspruch gibt", eingeschoben, in der zweiten und dritten Lesung aber wurde die Fassung des Entwurfes angenommen, weil man keine verschiedenartige Behandlung der von den Gewerkschaften gewährten Unterstützungen wollte, die zum Teil als Rechtsanspruch, zum Teil als freiwillige Unterstützungen gewährt würden. Ein Regierungsvertreter führte aus: Der Zweck der Vorschrift sei, Doppelleistungen über den durchschnittlichen Betrag des Arbeitsverdienstes hinaus auszuschließen. Diesem Zweck entspreche es, die Vorschrift mit dem Entwurf auf die tatsächliche Leistung abzustellen. Die Beschränkung auf Nebenversicherungen, welche einen Rechtsanspruch gewährten, sei um so weniger berechtigt, als tatsächlich auch die Arbeiterorganisationen, welche keinen Rechtsanspruch auf Unterstützung gäben, diese ausnahmslos in allen Fällen bezahlten. Der Kommissionsbeschluß erster Lesung führe zu einer unerwünschten verschiedenen Behandlung der einzelnen Arbeiterorganisationen. Aus allen diesen Gründen bitte man den Zusatz erster

Digitized by Google

Lesung zu streichen und den Anreiz zur Simulation nicht dadurch zu vermehren, daß der Versicherte in einzelnen Fällen einen größeren Betrag an Unterstützung beziehen könne, als er in gesunden Tagen verdiene (Komm.Ber. II S. 83/84).

In der zweiten Lesung im Plenum des Reichstags wurde die Wiederherstellung der in der Kommissionsberatung in erster Lesung beschlossenen Fassung beantragt, aber abgelehnt, nachdem der Abgeordnete Mugdan u. a. ausgeführt hatte: Sowohl die freien Gewerkschaften wie ein Teil der christlichen Gewerkschaften gewährten ihren Mitgliedern keinen Rechtsanspruch auf Krankengeld in Krankheitsfällen; dagegen geschehe das seitens eines anderen Teils der christlichen Gewerkschaften und seitens der deutschen Gewerkvereine. Durch die Annahme des Antrages würden also die Mitglieder der zuerst genannten Vereinigungen vor den Mitgliedern der zuletzt genannten bevorzugt sein. Das wolle man aber nicht (Sten. Ber. 09/11 S. 6478).

Danach wird es keinem Zweifel unterliegen, daß der Wille der Mehrheit der Kommission wie des Plenums dahin gegangen ist, auch die Fälle, in denen es an einem Rechtsanspruch fehlt, von dem § 189 erfaßt zu wissen. Aber freilich ist es auf der anderen Seite auch nicht zweifelhaft, daß jener Wille unbeachtlich ist, wenn er mit dem Wortlaut des Gesetzes nicht in Einklang zu bringen, also im Gesetzestext nicht zum Ausdruck gekommen ist, mit andern Worten, wenn der Begriff „Versicherung" im vorliegenden Fall mit dem des Rechtsanspruchs auf eine Leistung untrennbar verknüpft ist.

Das aber ist zu verneinen. Allerdings versteht man unter Versicherung (im aktiven Sinne) in der Regel den Erwerb eines Rechtsanspruchs auf Entschädigung bei Eintritt eines gewissen Ereignisses, aber man wird von einer Versicherung und nicht lediglich von der Anwartschaft auf ein Geschenk doch auch da reden dürfen, wo Personenvereinigungen zwar aus Gründen einer vorsichtigen Finanzgebahrung keinen Rechtsanspruch auf gewisse Leistungen geben, diese Leistungen aber, solange nicht außergewöhnliche Ereignisse eintreten, so regelmäßig gewähren, daß jeder Beteiligte nach menschlichem Ermessen auf sie rechnen kann. Wenn das Gesetz hier das Wort „Versicherung" gebraucht, so geschieht das nicht in dem engsten Sinne, sondern nur zur Abgrenzung gegen solche Fälle, in denen ein Versicherter lediglich geschenkweise etwas erhält, auf das zu rechnen er nicht in der Lage ist.

Wie wenig das Wort Versicherung mit dem Begriff des Rechtsanspruchs verbunden zu werden braucht, ergibt einmal gerade der Hergang bei den Beratungen über den fraglichen Paragraphen: Die Anträge auf Einschiebung der Worte „die ihm einen Rechtsanspruch gibt" wären sinnlos gewesen, wenn sie ohnehin selbstverständlich waren; sie sind aber tatsächlich gestellt und von keiner Seite als sinnlos bekämpft worden. Außerdem aber sei auf § 1 Abs. 2 des Gesetzes über die privaten Versicherungsunternehmungen hingewiesen, wo es heißt: „Als Versicherungsunternehmungen im Sinne dieses Gesetzes sind solche Personenvereinigungen nicht anzusehen, die ihren Mitgliedern Unterstützung gewähren, ohne ihnen einen Rechtsanspruch darauf einzuräumen." Dies Gesetz erkennt also geradezu an, daß es Versicherungsunternehmungen gibt, die keinen Rechtsanspruch einräumen, es will aber seine Geltung auf diese nicht erstrecken.

Endlich läßt sich noch sehr wohl die — freilich nach den vorstehenden Darlegungen überflüssige — Frage aufwerfen, ob denn die Auslegung, welche § 26a Abs. 1 KVG. bisher überall gefunden zu haben scheint, wirklich zutreffend ist. Entscheidungen unserer höchsten Verwaltungsgerichte hierüber scheinen nicht vorhanden zu sein, und die Entscheidung des Landgerichts Offenbach vom 10. Januar 1902 (Arb.-Versorgg. 1902 S. 307/8) ist schon deshalb wenig maßgebend, weil sie in der Hauptsache die Frage behandelt, ob der Träger der anderen Versicherung eine Versicherungsgesellschaft im technischen Sinne sein muß, was verneint wird. Eine weitere Entscheidung des Stadtmagistrats zu Braunschweig vom 10. März 1900 (Arb.-Versorgg. 1900 S. 292) behandelt zwar gerade die hier zur Beurteilung stehende Frage, ihr liegt aber ein wesentlich anderer Tatbestand zugrunde, als er z. B. bei den Leistungen der freien Gewerkschaften gegeben ist, und es bleibt zweifelhaft, ob die Entscheidung nicht anders ausgefallen wäre, wenn es sich um solche Leistungen

Digitized by Google

gehandelt hätte. Die Regierungsvertreter waren über die Bedeutung des § 26 a jedenfalls nicht einig, sondern vertraten entgegengesetzte Ansichten.

Kommt man dazu, das Vorliegen eines Rechtsanspruchs nicht für nötig zu erklären, so entsteht naturgemäß eine gewisse Schwierigkeit hinsichtlich der praktischen Abgrenzung der unter § 189 gehörigen Fälle. Man wird in dieser Beziehung im Laufe der Zeit zu gewissen Richtlinien kommen müssen, wobei man sich an die Ausführungen in der Kommission und im Plenum wird anlehnen können. Wo bei den von einem Verein veranstalteten Festen freiwillige Beiträge durch eine herumgehende Büchse gesammelt werden und Krankengeld nach dem jeweiligen Kassenbestande und den jeweiligen Umständen gewährt wird, wird man das Vorliegen einer Versicherung mit dem Stadtmagistrat Braunschweig verneinen können.

Zu § 214.

§ 214 gibt denjenigen Versicherten, welche wegen Erwerbslosigkeit aus einer Kasse ausscheiden, einen begrenzten Anspruch gegen diese Kasse auch für solche Versicherungsfälle, die nach dem Ausscheiden eintreten. In der Begründung zu dieser Bestimmung (§ 226 des Entwurfs S. 162) heißt es: „Der Paragraph bezieht sich, ebenso wie § 28 KVG., nicht auch auf freiwillige Mitglieder. Denn diese können nicht ‚wegen Erwerbslosigkeit' ausscheiden." Dementsprechend bemerken die Kommentare von Hoffmann, Stier-Somlo, Frankenberg, Petersen und Olshausen übereinstimmend, daß § 214 sich nur auf Versicherungspflichtige beziehe. Hahn dagegen bezeichnet die Frage als streitig und hat in einer Besprechung der Literatur zur Reichsversicherungsordnung ausgeführt: „Mindestens diese Begründung (d. h., daß freiwillige Mitglieder nicht wegen Erwerbslosigkeit ausscheiden könnten) ist doch unhaltbar, da die Mitgliedschaft des freiwillig Versicherten, der erwerbslos wird und deshalb die Beiträge nicht aufbringt, eben wegen seiner Erwerbslosigkeit erlischt (§ 314 Abs. 1). Das Gesetz spricht doch auch von ‚Versicherten' schlechthin, und daß die gesetzgebenden Faktoren demgegenüber die einschränkende Auslegung der Begründung gutgeheißen oder überhaupt nur beachtet haben, dafür fehlt jeder Anhalt."

Diese Ausführungen erscheinen völlig abwegig. Selbstverständlich ist es denkbar, daß ein freiwillig Versicherter die Zahlung der Beiträge deshalb unterläßt, weil er aus seiner bisherigen Beschäftigung ausgeschieden ist und nichts verdient. Die Unterlassung der Zahlung kann aber auch auf mancherlei anderen Gründen, insbesondere auf Vergeßlichkeit oder auf einer Aenderung der Verhältnisse beruhen, welche die Fortsetzung der Versicherung nicht zweckmäßig erscheinen lassen. Alle diese entfernteren Gründe sind aber rechtlich ohne jede Bedeutung. Rechtlich ist vielmehr nach dem Wortlaut und dem Sinne des § 314 Abs. 1 von Bedeutung nur die Tatsache, daß die Beiträge nicht weiter entrichtet werden. Wie das Vorhandensein einer Beschäftigung überhaupt, so ist auch ihr Ende für die freiwillige Versicherung ohne Einfluß. Wenn die Mitgliedschaft erlischt, so erlischt sie nur wegen der Nichtzahlung der Beiträge, niemals wegen des Aufhörens einer Beschäftigung; trotz dieses Aufhörens besteht sie vielmehr an sich und zunächst weiter. Will man den § 214 auf freiwillig Versicherte anwenden, so müßte man in jedem einzelnen Fall feststellen, ob die Erwerbslosigkeit der Grund für die Nichtweiterzahlung der Beiträge und damit mittelbar für das Ausscheiden gewesen ist oder ob andere Gründe dafür bestimmend gewesen sind; das ist undurchführbar. Wenn das Gesetz von Versicherten schlechthin spricht, so kann es demnach dem Sinn und Zusammenhang nach damit nur Versicherungspflichtige gemeint haben.

Sollten aber doch Zweifel über den Sinn des § 214 an sich möglich sein, so erscheinen sie durch die Begründung beseitigt, da diese Begründung in keinem Stadium der Beratungen als unrichtig bekämpft worden ist. Demgegenüber spielt es auch keine wesentliche Rolle, daß die Bedeutung des § 28 tatsächlich durchaus nicht so feststand, wie es nach der Begründung scheinen müßte; sie war vielmehr äußerst bestritten, vgl. insbesondere die eingehenden Erörterungen in Arb.-Versorgg. 1904 S. 45 ff., 57 ff. Hahn spricht der Begründung jede Bedeutung ab, weil jeder Anhalt dafür fehle, daß sie von den gesetzgebenden Faktoren gutgeheißen oder auch nur

Digitized by Google

beachtet sei, argumentiert damit aber wohl nicht richtig und veranschlagt die Bedeutung der Motive zu gering. Wo sie zur Entscheidung von Zweifeln dienen können, wird man sie immer dazu verwenden dürfen, wenn sie auch bei den Verhandlungen der gesetzgebenden Faktoren nicht in den Kreis der Erörterung gezogen sind.

Zu § 243.

§ 243 Satz 1 bestimmt: „In die besondere Ortskrankenkasse gehören diejenigen Gruppen von Versicherungspflichtigen, für welche die Kasse nach ihrer Satzung besteht; Versicherungsberechtigte dieser Gruppen können ihr beitreten."

In der Begründung hierzu (S. 172 zu § 255) heißt es: „Versicherungspflichtige dieser Gruppen können nur Mitglieder der besonderen Ortskrankenkasse, nicht der allgemeinen Ortskrankenkasse sein; ebenso können Versicherungsberechtigte der entsprechenden Gruppen nur jener Kasse beitreten." Dieser Standpunkt wird von Frankenberg, Petersen und Olshausen geteilt, von Hahn dagegen bekämpft, während Hoffmann und Stier-Somlo die Frage nicht berühren. Hahn weist auf § 238 hin; danach könnten Berechtigte, die nicht nach § 243 Mitglieder der besonderen Kasse „werden", d. h. ihr tatsächlich beitreten, ebensowohl Mitglieder der allgemeinen Ortskrankenkasse oder der Landkrankenkasse werden; sie hätten also die Wahl. Diese Auffassung erscheint unzutreffend.

Sieht man zunächst ganz von der Aeußerung in der Begründung ab und betrachtet nur den § 243 für sich allein, so ergibt sich dabei, daß das Wort „können" lediglich den Gegensatz zu dem Wort „gehören" bildet; wenn eine besondere Ortskrankenkasse für eine bestimmte Gruppe von Versicherungspflichtigen besteht, so gehören ihr diese Versicherungspflichtigen an, d. h. sie sind zwangsweise Mitglieder dieser Kasse. Versicherungsberechtigte dieser Gruppe dagegen sind nicht zwangsweise Mitglieder der Kasse, aber sie können ihr beitreten. Ob sie nur ihr oder auch einer anderen beitreten können, oder mit anderen Worten, ob sie, wenn sie sich überhaupt versichern wollen, dieser Kasse beitreten müssen, darüber läßt der § 243 im Unklaren, und dasselbe ist bei den gleichlautenden Bestimmungen der §§ 244 Abs. 1, 245 Abs. 4 und 250 Abs. 2 Satz 2 der Fall.

Ebensowenig bringt § 238 die erforderliche Klarheit; er bestimmt: „Berechtigte, die sich freiwillig versichern wollen und nicht nach den §§ 243, 244, 245 Abs. 4, § 250 Abs. 2 Mitglieder einer besonderen Orts- oder einer Betriebs- oder einer Innungskrankenkasse werden, können je nach Art ihrer Beschäftigung entweder der allgemeinen Orts- oder der Landkrankenkasse ihres Beschäftigungsorts beitreten."

Dieser Paragraph steht in dem Abschnitt über die allgemeinen Orts- und die Landkrankenkassen, der eine Bestimmung darüber enthalten mußte, welche Personen diesen Kassen freiwillig beitreten können, und beschränkt den Kreis dieser Personen insofern, als er u. a. denjenigen das Recht des Beitritts versagt, die nach § 243 Mitglieder einer besonderen Ortskrankenkasse werden. Hahn legt nun den Nachdruck auf das Wort „werden", übersieht dabei aber wohl, daß die Wahl eines anderen Wortlautes, etwa der Worte „werden müssen" wegen des Fehlens des Versicherungszwanges hier ebenso mißlich gewesen wäre, wie im § 238 der Ersatz des Wortes „können" durch „müssen". Hätte der Gesetzgeber klar reden wollen, so hätte er im § 243 sagen müssen „— — können ihr, und zwar nur ihr beitreten". Einen solchen Zusatz hat er aber nicht für nötig, es vielmehr für ausreichend gehalten, in der Begründung darauf aufmerksam zu machen, daß dies seine Meinung sei, und es entspricht der herrschenden Auffassung von dem Wert der Motive, daß sie, soweit der Text Zweifel übrig läßt, von entscheidender Bedeutung sind. Auch in der Begründung zu § 257 (jetzt § 245, S. 173) wird derselbe Standpunkt vertreten, daß Versicherungsberechtigte nur der Kasse beitreten können, der sie angehören müßten, wenn sie versicherungspflichtig wären.

Zu § 314.

§ 314 Abs. 2 bestimmt: „Erfährt der Vorstand der Kasse glaubhaft, daß das regelmäßige jährliche Gesamteinkommen eines versicherungsberechtigten Mitglieds 4000 M. übersteigt, so hat er diesem Mitglied alsbald mitzuteilen, daß seine Mitgliedschaft erloschen sei. Die Mit-

Digitized by Google

gliedschaft erlischt mit der Zustellung der Mitteilung."

Diese Bestimmung war im Entwurf nicht enthalten, sondern verdankt ihre Entstehung einem Antrage in der zweiten Lesung der Kommission (§ 326a). Bei der Beratung über den Antrag wurde von einer Seite auf die Schwierigkeit des Nachweises des Einkommens hingewiesen, worauf ein Regierungsvertreter erklärte: „Die Durchführung der Vorschrift werde wohl nur so möglich sein, daß man der Kasse das Recht gebe, den Personen zu kündigen, bei denen sie ein Einkommen von mehr als 4000 M. voraussetze. Der Versicherte werde dann den Nachweis erbringen müssen, daß er ein geringeres Einkommen habe." Vgl. S. 49 des Komm.Ber. zu § 192a.

Hahn ist der Ansicht, daß man trotzdem dem Mitglied die Beweislast nicht auferlegen dürfe; nach der Fassung des Gesetzes und schon nach allgemeinen Grundsätzen könne wohl kaum bezweifelt werden, daß im Streitfalle die Kasse die Voraussetzung ihrer Kündigung zu beweisen, mindestens „glaubhaft" zu machen habe. Eine nähere Prüfung ergibt jedoch die Richtigkeit der Ausführungen des Regierungsvertreters, gegen die übrigens auch Frankenberg Einwendungen nicht erhebt, während Hoffmann, Stier-Somlo und Petersen die Frage überhaupt nicht berühren.

Erhält ein Versicherungsberechtigter eine Mitteilung gemäß § 314 Abs. 2, so stehen ihm freilich theoretisch zwei Wege offen. Er kann einmal die Aufsichtsbehörde als solche (§ 30) anrufen mit der Behauptung, der Kassenvorstand habe das Gesetz verletzt und ihm die Mitteilung zugehen lassen, ohne glaubhaft erfahren zu haben, daß usw. In einem solchen Fall wird der Vorstand sich der Aufsichtsbehörde gegenüber zu verantworten und darzutun haben, daß er nicht gegen § 314 Abs. 2 verstoßen hat. Das Ergebnis ist dann entweder Verwarnung bzw. Bestrafung des Vorstands (vgl. § 31 Abs. 3) oder Mitteilung an den Versicherungsberechtigten, daß nach den getroffenen Feststellungen ein Anlaß zu einem Einschreiten gegen den Kassenvorstand nicht gegeben sei. In der Praxis werden solche Fälle nicht vorkommen, da es dem Versicherungsberechtigten stets in erster Linie darauf ankommen wird, seine Mitgliedschaft zu behalten; seine Ausführungen werden also dahingehen, daß sein Gesamteinkommen nicht 4000 M. beträgt, und sich als Beschwerde gemäß § 1791 darstellen, über welche in einem prozeßähnlichen Verfahren zu entscheiden ist. In diesem Verfahren aber ist die Rechtslage die folgende. Der Beschwerdeführer ist nicht mehr Mitglied der Kasse, seine Mitgliedschaft ist durch die Zustellung der Mitteilung erloschen, mag auch in der Tat das Gesamteinkommen 4000 M. nicht erreichen, der Kassenvorstand sich also in einem Irrtum befunden haben. Mit der Beschwerde verlangt der Beschwerdeführer nun die Wiedereinsetzung in seine früheren Rechte als Kassenmitglied oder mit anderen Worten die Beseitigung der Folgen der ihm zugestellten Mitteilung, und zwar mit der Begründung, daß sein Gesamteinkommen 4000 M. nicht übersteige. Aus dieser Tatsache leitet er seinen Anspruch, Kassenmitglied zu bleiben, ab und nach den allgemeinen Grundsätzen über die Beweislast hat er daher diese Tatsachen zu beweisen.

Ebensowenig ergibt die Fassung des Gesetzes das Gegenteil. Der Satz „die Mitgliedschaft erlischt mit der Zustellung der Mitteilung" zeigt deutlich, daß mit dieser Zustellung die Angelegenheit für die Kasse an sich völlig erledigt ist; will der Betroffene sich damit nicht begnügen, so ist es seine Sache, sich zu rühren und den erforderlichen Nachweis zu erbringen. Dem stehen auch die Eingangsworte: „Erfährt der Vorstand ‚glaubhaft' usw." nicht entgegen. Denn es heißt ja nicht, daß der Vorstand die Höhe des Einkommens glaubhaft machen soll. Das Wort „glaubhaft" soll vielmehr einerseits nur bewirken, daß der Vorstand nicht auf jede beliebige Mitteilung hin gemäß § 314 Abs. 2 verfahren darf, sondern nur dann, wenn er nach verständigem Ermessen annehmen darf, daß das, was er erfahren hat, auch richtig ist. Andrerseits aber soll es ausdrücken, daß dem Vorstand kein in jeder Beziehung einwandfreier Beweis vorzuliegen braucht, es vielmehr genügt, wenn er bei verständiger Beurteilung dessen, was er erfahren hat, glauben darf, daß das Gesamteinkommen 4000 M. übersteigt.

Digitized by Google

Erwiderung.

Vom Geheimen Justizrat **Hahn** in Zehlendorf (Berlin).

Daß die Schriftleitung mir Gelegenheit gegeben hat, meine Erwiderung auf die vorstehenden, im wesentlichen ja nur gegen mich gerichteten Ausführungen hier unmittelbar anzuschließen, ist schon deshalb besonders dankenswert, weil diese Ausführungen, mehr noch als einer Erwiderung, einer Ergänzung bedürfen. Denn es ist in ihnen manches, was ich zur Begründung meiner angefochtenen Auffassungen vorgebracht habe, umgangen. Das wäre minder schlimm gewesen, wenn Olshausen wenigstens die Stellen, wo ich meine Ansichten näher begründet habe, angeführt und so den Leser auf die eigene Nachprüfung nicht nur seiner sondern auch meiner vollständigen Gründe verwiesen hätte. Das hat er aber bei allen Punkten vermieden. Ich hole es nach.

Zu § 189: Handbuch der Krankenversf. S. 249 Anm. 3, Arb.-Versorgg. 1911 S. 857. Verwaltungsarchiv 20 S. 425. Worauf sich meine Auffassung stützt, ist ganz unzureichend wiedergegeben. Denn es wird verschwiegen, daß und wie auch von mir schon die Vorgänge bei der Beratung der Reichsversicherungsordnung, auf die sich hauptsächlich die Ansicht meiner Gegner stützt, gewürdigt worden sind. Ganz ausdrücklich hat in der Kommission ein Regierungsvertreter als Auffassung des Entwurfs (§ 204) bestätigt, daß, entsprechend der bisherigen Rechtsprechung, eine andere Versicherung nur vorliege, wenn ein Rechtsanspruch auf die Leistung gegeben sei. Ein Antrag, der diesen Sinn des Gesetzes ausdrücklich feststellen wollte, wurde erst angenommen, schließlich abgelehnt. Gewiß kann hiernach als Meinung des Reichstags angenommen werden, daß es nicht auf den Rechtsanspruch, sondern nur auf den tatsächlichen Bezug ankommen solle. Aber einen Ausdruck im Gesetz hat diese Meinung nicht gefunden. Denn das Ergebnis war doch nur die Ablehnung einer Erläuterung und die unveränderte Annahme des Entwurfs, der von einer anderen „Versicherung" sprach und dabei erwiesenermaßen voraussetzte, daß ein Rechtsanspruch bestehen müsse. Es liegt nicht das geringste dafür vor, daß nunmehr auch die verbündeten Regierungen, die doch sozusagen auch ein Faktor der Reichsgesetzgebung sind, in die unveränderte Bestimmung einen andern Sinn gelegt haben, als ihr von vornherein zukam. Deshalb darf das Gesetz nicht anders ausgelegt werden, als der Entwurf und der § 26a Abs. 1 KVG., an den er sich anlehnte. Olshausen vermißt den Nachweis höchstinstanzlicher Entscheidungen im Sinne der als bisher herrschend bezeichneten Auffassung. Ich habe schon in meinem Handbuch S. 249 eine Entscheidung des Sächs. Oberverwaltungsgerichts in Arb.-Versorgg. 1909 S. 425 angeführt und verweise noch auf einen Bescheid des Bayr. Ministers des Innern bei Reger 10 S. 240. Das Sächsische Oberverwaltungsgericht bemerkt ausdrücklich, daß es sich der „herrschenden Anschauung" anschließe. In der Literatur ist meines Wissens eine andere Auffassung nicht zutage getreten.

Zu § 214: Handb. S. 290 Anm. 3, Verwaltungsarchiv 20 S. 425. Aus meinen Nachweisungen im Handbuch ergibt sich, wie bestritten nach bisherigem Rechte das war, was die Begründung wie etwas Selbstverständliches behandelt und mit der Bemerkung abtut, auf freiwillige Mitglieder beziehe sich die Vorschrift nicht, da diese nicht „wegen Erwerbslosigkeit" ausscheiden können. Das Krankenversicherungsgesetz von 1883 sprach im § 28 von „Kassenmitgliedern, welche erwerbslos werden". Diese Fassung scheint doch einen Zweifel daran, daß die Vorschrift auch für freiwillige Mitglieder galt, auszuschließen. Die Novelle von 1892 änderte die Fassung und leitete die Vorschrift folgendermaßen ein: „Personen, welche infolge eintretender Erwerbslosigkeit aus der Kasse ausscheiden usw." Jetzt war ein Zweifel nahegelegt, weil nur Pflichtmitglieder unmittelbar „infolge" ihrer Erwerbslosigkeit, nämlich durch das Aufhören der versicherungspflichtigen Beschäftigung, aus der Kasse ausscheiden. Die Motive zur Novelle (S. 51) ergeben aber, daß die Änderung

Digitized by Google

des § 28 nur eine Deklaration in einem ganz anderen Punkte bezweckte. Deshalb wurde die Meinung vertreten, daß die Vorschrift nach wie vor auch auf freiwillige Mitglieder zu beziehen sei; mit der neuen Fassung sei dies wohl vereinbar, da ein Ausscheiden „infolge" der Erwerbslosigkeit auch dann vorliege, wenn ein freiwilliges Mitglied durch den Mangel eines Erwerbs bewogen werde, die Beitragszahlung einzustellen und die Mitgliedschaft aufzugeben (Hahn in Arb.-Versorgg. 1896 S. 617, 618). Als „völlig abwegig" — wie Olshausen meint — wird das vielleicht schon deshalb nicht bezeichnet werden können, weil z. B. v. Woedtke, v. Schicker, Reger-Henle, die doch auch einiges von der Sache verstanden, meine Auffassung teilten. Nicht anders aber verhält es sich nach § 214 RRO., der von „Versicherten" — nicht bloß von Versicherungspflichtigen! — spricht, die „wegen" Erwerbslosigkeit aus der Kasse ausscheiden. Bei dieser Sachlage geht es nicht an, die einschränkende Auslegung der Vorschrift nur durch Hinweis auf jene dürftige Bemerkung der Begründung zu stützen, wie Olshausen (gleich anderen) in seinem Kommentar tut; sondern es mußte auch die Richtigkeit der Bemerkung nachgewiesen werden. Jetzt macht Olshausen geltend: meine Auffassung müßte dazu führen, in jedem einzelnen Fall immer erst festzustellen, ob wirklich die Erwerbslosigkeit der Grund für die Nichtzahlung der Beiträge war. Das ist nicht als richtig anzuerkennen. Wenn ein freiwillig Versicherter, solange er einen Erwerb hatte, die Mitgliedschaft durch regelmäßige Beitragsleistung aufrecht erhält, mit dem Eintritt der Erwerbslosigkeit aber die Zahlung einstellt und dadurch die Mitgliedschaft verliert, so wird ein Kausalzusammenhang ohne weiteres zu unterstellen sein; das entspricht dem Geiste der sozialen Gesetze, die — im allgemeinen wenigstens — für Personen gegeben sind, die erwerbstätig sein müssen, um zahlen zu können. Demgegenüber kann es nicht darauf ankommen, daß selbstverständlich die Sache im einzelnen Fall auch einmal anders liegen kann. — Ich bemerke ausdrücklich, daß ich meine Stellungnahme in dieser Frage keineswegs für ganz zweifelsfrei halte, wie ich ja schon bemerkt habe daß die Fassung des Gesetzes Raum für den alten Streit läßt (Handb. a. a. O.). Es kann sein, daß alle Faktoren der Gesetzgebung nur an Versicherungspflichtige gedacht haben, die unmittelbar infolge Verlustes der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheiden und keinen andern Erwerb haben; aber man darf nicht so tun, als sei dies so selbstverständlich, daß der Gesetzgeber es nicht im Gesetze selbst zu sagen braucht, und als hätte derjenige schon etwas bewiesen, der sich im vorliegenden Falle lediglich auf die Begründung des Gesetzes — auf diese Begründung! — beruft. Meine Auffassung wird übrigens geteilt von Kunowski, Krankenversicherung und Armenverbände S. 25 und von Simm im Jur. Lit.-Bl. 1914 S. 42.

Zu § 243: Handb. S. 337 Anm. 1, Arb.-Versorgg. 1912 S. 385. Im Grunde genommen, kommt schon die Auffassung Olshausens zu § 214 darauf hinaus, daß man lieber allen am Gesetzgebungsakt Beteiligten eine schwere Fahrlässigkeit bei der Fassung des Gesetzes als dem Verfasser der Begründung einen Irrtum zutraut. Die Ausführungen zu § 243 laufen auf etwas Ähnliches und noch Schlimmeres hinaus. Es wird dargelegt wie etwa der Gesetzgeber sich hätte ausdrücken müssen, wenn er hätte „klar reden wollen"; er habe es aber „nicht für nötig, vielmehr für ausreichend gehalten, in der Begründung darauf aufmerksam zu machen, daß dies seine Meinung sei"! Das bedeutet, daß dem Gesetzgeber ein bewußter Vorstoß gegen die primitivsten Anforderungen der Gesetzestechnik nachgesagt wird. Das ist ungerecht, und man sollte meinen, es sei viel eher dem Verfasser der Motive zu dem weitschichtigen Gesetze das gewiß verzeihliche Versehen zuzutrauen, daß er in die Begründung einen Satz einfließen ließ, der sich im Hinblick auf eine andere Vorschrift — § 238 — nicht halten läßt. Die beiden Vorschriften ergeben ja, wenn man sie so versteht, wie sie lauten, nicht etwa einen unannehmbaren und irgendwie aufzulösenden Widerspruch, sondern nur eben das Wahlrecht des Berechtigten. Das ist freilich im Systeme der Reichsversicherungsordnung nicht ganz gewöhnlich, aber auch nicht so ungewöhnlich, daß es etwa deshalb sich rechtfertigt, dem klar gefaßten Gesetze Gewalt anzutun. Wenn jemand gleichzeitig in mehreren zur Versicherung berechtigenden Arbeitsververhältnissen steht, so ist ein Wahlrecht zwischen

Digitized by Google

mehreren in Frage kommenden Kassen nicht abzuweisen, wie ich bereits in Arb.-Versorgg. 1912 S. 386 erwähnt habe. Ferner ergibt sich ein Wahlrecht zwischen freiwilliger Weiterversicherung bei der einen und Pflichtmitgliedschaft bei einer andern Kasse aus § 443, vgl. Begr. S. 234 zu § 471 Entw. Endlich sind für eine lange Übergangszeit Wahlrechte ähnlicher Art anerkannt im Art. 29 Einf.Ges. z. RVO.

Zu § 314 Abs. 2: Handb. S. 199 Anm. 3 zu § 178, Arb.-Versorgg. 1912, S. 25 ff. Daraus, daß mit der Mitteilung des Vorstandes die Mitgliedschaft erlischt, entnimmt Olshausen, daß hiermit die Sache für die Kasse „völlig erledigt" sei und nunmehr der Beschwerdeführer die Grundlage seines Anspruchs, Mitglied zu bleiben, beweisen müsse. So ungefähr wird ein Amtsrichter den Einwand der Zahlung gegenüber einer Darlehnsklage zu behandeln haben. Auf dem Gebiete des Sozialrechts berührt diese Deduktion peinlich. Erledigt ist die Sache durch die Mitteilung der Kasse nur, wenn der Berechtigte sich dabei beruhigt. Erhebt er aber Beschwerde, so muß die Mitteilung und ihre Rechtswirkung aufgehoben werden, wenn sie nicht zulässig war, und sie war unzulässig, wenn die gesetzliche Voraussetzung nicht vorlag. Dies ist vorweg festzustellen, d. h. es muß geprüft werden, ob wirklich die Kasse „glaubhaft erfahren" und nicht etwa auf leichtfertigen Klatsch hin die Mitteilung erlassen oder gar ohne jeden Anhalt einmal auf den Strauch geschlagen hat. Das bedeutet aber nichts anderes, als daß die Kasse zwar nicht zwingend beweisen, aber doch glaubhaft zu machen hat, daß das Einkommen des freiwilligen Mitgliedes 4000 M. übersteigt. Kann sie das nicht, so wird man keinesfalls vom Beschwerdeführer den Beweis des Gegenteils fordern dürfen, sondern es wird, je nach Lage des einzelnen Falles, entweder die Verfügung des Vorstandes wegen Mangels der gesetzlichen Voraussetzung alsbald aufzuheben oder von Amts wegen das Sachverhältnis klarzustellen und der erforderliche Beweis zu erheben sein in der Weise, wie es den das Verfahren in Sachen der Reichsversicherung beherrschenden Grundsätzen entspricht (vgl. Revisionsentscheidung des Reichsversicherungsamts 1548, 1765 Amtl. Nachr. 1911 S. 420, 1913 S. 740). Die entgegengesetzte Auffassung würde die Verhöhnung des Gesetzes durch die Kasse ermöglichen, die durch haltlose „Mitteilungen" nach § 314 Abs. 2 die freiwilligen Mitglieder nach Belieben beunruhigen und belästigen könnte. Mit der Beschwerde im Aufsichtswege (§§ 30, 31) wäre dagegen nichts zu machen. Denn ist die Mitteilung einmal ergangen, so handelt es sich um einen Streit über das Versicherungsverhältnis, über den nur nach § 405 entschieden werden darf.

Es handelt sich in dem Aufsatze Olshausens um Fragen, die ich in einer Besprechung seines Kommentars zum Zweiten Buche der Reichsversicherungsordnung (im Verwaltungsarchiv a. a. O.) herausgegriffen habe. Ich habe, nach meiner gewissenhaften Überzeugung, dem Buche „Klarheit der Darstellung bei ausgiebiger Benutzung nicht nur der Gesetzesmaterialien, sondern auch der bisherigen Rechtsprechung" nachgerühmt, aber die Neigung bemängelt, „Bemerkungen der Begründung oder Ausführungen in der Kommission unbesehen als authentische Gesetzesauslegung anzunehmen"; als Beispiele habe ich auch die Behandlung jener vier Fragen angeführt. Wird eine wohlerwogene Rechtsprechung die Fragen entscheiden, so werde ich das als erwünschte Klärung begrüßen, auch wenn in allen Punkten gegen mich entschieden werden sollte. Das würde aber an der Tatsache nichts ändern, daß hier überall reichlicher Anlaß vorlag, die Äußerungen in der Begründung oder bei der Kommissionsberatung kritisch aufzunehmen, sie auf ihre Beweiskraft zu prüfen und nicht sie einfach als Trümpfe auszuspielen.

Digitized by Google

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Dienstbotenkrankenkassen.

Erlaß des preuß. Ministers für Handel und Gewerbe (an die Oberversicherungsämter) vom 13. Februar 1914 (HMBl. S. 77).

Bei den Beratungen, die mit den Versicherungsämtern über die Durchführung der Organisation der Krankenversicherung nach der Reichsversicherungsordnung Ende des Jahres 1912 stattgefunden haben, ist die Errichtung von Landkrankenkassen im Bezirke gemeindlicher Versicherungsämter in erster Linie dem Ermessen der Gemeindeverbände überlassen worden, weil es bei dem überall hervortretenden Widerstande gegen die neue Kassenart nicht angängig erscheinen konnte, in Ermangelung jeglicher Erfahrung über die Zweckmäßigkeit der Landkrankenkassen in städtischen Bezirken die Errichtung von Landkrankenkassen anzuordnen. Die Folge hiervon ist, daß nur in ganz wenigen Städten Landkrankassen für die Versicherung landkassenpflichtiger Personen bestehen. Nachdem mit Errichtung der Satzungen die Wahrnehmung gemacht worden ist, daß die Beiträge bei den Landkrankenkassen hinter denjenigen der Allgemeinen Ortskrankenkassen erheblich zurückblieben und sich auch sonst empfindliche Unzuträglichkeiten bemerkbar gemacht haben, ist vielfach der Wunsch nach Errichtung von Landkrankenkassen auch in städtischen Bezirken hervorgetreten mit der Begründung, daß es nicht angehe, die guten Risiken der Dienstboten die erheblich höheren Kosten der anderen weiblichen Arbeiter mittragen zu lassen. Dieses Verlangen kann als unberechtigt nicht bezeichnet werden; denn die Lebens- und Erwerbsbedingungen der Dienstboten sind, namentlich wegen der Aufnahme in die häusliche Gemeinschaft, so wesentlich anders, daß eine völlig abweichende Gestaltung der Versicherung dieses Berufszweigs von derjenigen der anderen weiblichen Arbeiter nahe liegt. Diesen Anforderungen würde am besten dadurch entsprochen werden können, wenn die Dienstboten in Krankenkassen, die ausschließlich Dienstboten als Mitglieder haben, aufgenommen werden. Solche Dienstbotenkrankenkassen kennt zwar die Reichsversicherungsordnung nicht, sie lassen sich aber dadurch erreichen, daß auf Grund des § 236 alle landkassenpflichtigen Personen, die nicht zu den Dienstboten gehören, der allgemeinen Ortskrankenkasse zugewiesen werden. Wenn auch die Ansichten darüber, ob die Dienstboten ein gutes Versicherungsrisiko sind, auseinander gehen, so wird doch bis zum Vorliegen anderer Erfahrungen davon ausgegangen werden müssen, daß namentlich beim Festhalten an den Regelleistungen des Gesetzes und der Anwendung des § 195 Abs. 2 die Beiträge wesentlich niedriger bemessen werden können, als bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen. Mäßige Beiträge werden aber nur dann erreicht werden können, wenn der durchschnittliche Tagesentgelt der Dienstboten unter Berücksichtigung des wahren Wertes der Naturalbezüge festgesetzt wird, und wenn dabei nach der verschiedenen Entlohnung der Dienstboten viele Lohnstufen festgesetzt werden. Dabei ist zu beachten, daß der Wert der Naturalbezüge die den Dienstboten im Haushalte gewährt werden, bei weitem nicht den Betrag ausmacht, den der Dienstbote bei selbst beschafftem Unterhalt aufwenden muß. Der Ortslohn wird überall da, wo er geringer ist, als der durchschnittliche Tagesentgelt als Grundlohn zu wählen sein.

Das Königliche Oberversicherungsamt ersuche ich, mit den Stadtgemeinden, für die nach der Zahl der Dienstboten die Errichtung einer Landkrankenkasse angängig erscheint, und wo im Hinblick auf die Art der Versicherung bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse die Errichtung einer Landkrankenkasse als notwendig bezeichnet werden kann, in Verhandlung zu treten und über das Ergebnis bis zum 1. Juli d. Js. zu berichten. Die Monatsabschlüsse der Landkrankenkassen im Bezirke gemeindlicher Versicherungsämter sind für die Monate Januar bis April beizufügen. Von der Anordnung von Landkrankenkassen ist jedoch bis auf weiteres abzusehen. Im Einzelfall ist noch zu prüfen, ob den für die Dienstboten bestimmten Landkrankenkassen auch die landwirtschaftlichen Arbeiter angehören sollen.

Soweit die Errichtung von solchen Dienstbotenkrankenkassen nicht zweckmäßig erscheint oder aus anderen Gründen nicht befürwortet werden kann, wird zu erwägen sein, ob die Versicherung der Dienstboten bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse nach Maßgabe der vorstehenden Ausführungen eine Aenderung erfahren soll. Er wird also zu prüfen sein, ob durch Einsetzung des Ortslohns als Grundlohn eine Ermäßigung der Beiträge erzielt werden kann, ob die Bewertung der Naturalbezüge zutreffend ist und ob die Vermehrung der Lohnstufen gefordert werden muß. Auch würde in Frage kommen, ob für Dienstboten auf Grund des § 384 Abs. 1 niedrigere Beiträge festgesetzt werden können. Hierüber wolle das Königliche

Digitized by Google

Oberversicherungsamt gleichfalls bis zum 1. Juli berichten. Auch hinsichtlich der bestehenden Landkrankenkassen in Bezirken gemeindlicher Versicherungsämter ist die Frage nach einer Aenderung der Satzung zu erörtern.

Befreiung von Dienstboten von der Versicherungspflicht.

Erlaß des **preuß. Ministers für Handel und Gewerbe** vom 4. Februar 1914. (HMBl. S. 56).

Bei Entscheidung über Anträge auf Befreiung von Dienstboten von der Versicherungspflicht (§§ 435, 418 RVO.) ist davon auszugehen, daß das Gesetz dem Dienstberechtigten bei Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen einen Rechtsanspruch auf Genehmigung des Antrags verleiht, der nicht durch eine mit der Absicht des Gesetzgebers unvereinbare Auslegung und Handhabung der gesetzlichen Vorschriften geschmälert werden darf. Im einzelnen ersuche ich, folgendes zu beachten:

Die Bewilligung des Antrags setzt voraus, daß der Dienstbote bei Erkrankung Rechtsanspruch an den Dienstberechtigten auf Gewährung einer den Leistungen der zuständigen Krankenkasse gleichwertigen Unterstützung hat. Daß ein Rechtsanspruch begründet ist, muß auf Erfordern von dem Antragsteller nachgewiesen werden. Es wird aber in der Regel genügen, wenn der Dienstbote in irgendeiner Form ausdrücklich oder stillschweigend die Einräumung des Rechtsanspruchs anerkennt, z. B. indem er ohne Hinzufügung eines Vorbehalts bestätigt, von der Erklärung des Antragstellers über die Gewährung des Rechtsanspruchs Kenntnis erhalten zu haben.

Eines Nachweises, welche einzelnen Leistungen der Antragsteller übernommen hat, bedarf es im allgemeinen nicht; es erscheint vielmehr ausreichend, daß er sich zu einer den Leistungen der zuständigen Krankenkasse gleichwertigen Unterstützung verpflichtet hat. Denn soweit der Arbeitgeber eintretendenfalls nicht eine gleichwertige Unterstützung gibt, hat nach § 422 RVO. die Kasse die satzungsmäßigen Leistungen zu gewähren und kann alsdann von dem Dienstberechtigten die Erstattung des von ihr Geleisteten beanspruchen.

Die Voraussetzungen des § 418 Abs. 2 Nr. 1 RVO. sind auch gegeben, wenn der Antragsteller zur Deckung oder Abschwächung des von ihm zu übernehmenden Risikos bei einer Versicherungsgesellschaft einem Dienstbotenabonnementsverein oder einer ähnlichen Einrichtung Rückversicherung genommen hat, sofern er den Versicherungsbeitrag aus eigenen Mitteln deckt.

Den an die Leistungsfähigkeit des Dienstberechtigten zu stellenden Anforderungen sind nicht die höchsten Ansprüche zugrunde zu legen, die an ihn unter äußerst selten eintretenden Voraussetzungen erhoben werden können, sondern Unterstützungsfälle, die zwar schwerer Art sind, aber doch öfter vorzukommen pflegen. Eine allgemeine Norm dafür, bei welchem Einkommen die Leistungsfähigkeit des Antragstellers genügend gesichert ist, läßt sich nicht aufstellen, weil diese Frage nach Lage des einzelnen Falles beantwortet werden muß.

Eine von dem Antragsteller nachgewiesene Rückversicherung muß bei der Beurteilung seiner Leistungsfähigkeit berücksichtigt werden, weil durch sie die Leistungsfähigkeit zweifellos gehoben und gesichert wird. In welchem Maße dies der Fall ist, hängt, wie ich bereits in dem Erlasse vom 4. Dezember v. Js. (HMBl. S. 623) ausgesprochen habe, von dem Inhalte der Versicherungsbedingungen ab. Wenn ein Antragsteller bei einer zuverlässigen Versicherungsunternehmung, welche die gleichen Leistungen wie die zuständige Krankenkasse gewährt, rückversichert ist, wird es sich in der Regel nicht rechtfertigen, außerdem hinsichtlich der Höhe seines Einkommens oder Vermögens weitgehende Anforderungen zu stellen.

Einem Antragsteller, der seine Leistungsfähigkeit sonst nicht darzulegen vermag, kann die Stellung einer Sicherheit anheimgegeben werden, bei deren Bemessung aber nicht über den Betrag hinaus gegangen werden darf, der zur Sicherstellung der Krankenkasse unbedingt erforderlich ist. Handelt es sich um eine Mehrzahl zu befreiender Dienstboten, so ist der auf jeden von ihnen zu berechnende Sicherheitsbetrag entsprechend der bei zunehmender Anzahl eintretenden Minderung des Risikos herabzusetzen.

Beamte der Krankenkassen.

Erlaß des **preuß. Ministers für Handel usw. und für Landwirtschaft usw.** (an die Oberversicherungsämter) vom 18. Februar 1914 (HMBl. S. 79).

Auf Grund des § 359 Abs. 4, § 413 Abs. 2 RVO. übertragen wir den auf Lebenszeit oder mit Anrecht auf Ruhegehalt angestellten Beamten der Orts-, Land- und Innungskrankenkassen, sowie der Kassenverbände die Rechte und Pflichten gemeindlicher Beamten.

Für die nähere Ausführung dieser Anordnung ist das Oberversicherungsamt zuständig, in dessen Bezirk der Sitz der Kasse oder des Kassenverbandes liegt; es hat auch den Zeitpunkt zu bestimmen, in dem die Rechte und Pflichten gemeindlicher Beamten auf den einzelnen Kassenbeamten übergehen.

Die dienstlichen Verhältnisse der mit Beamteneigenschaft ausgestatteten Kassenbeamten sind für jede Kasse und jeden Kassenverband durch ein

Digitized by Google

Regulativ zu ordnen, bei dessen Aufstellung die Musterdienstordnung für Kassenangestellte und die Bestimmungen zur Regelung der Dienstverhältnisse der bei den Landesversicherungsanstalten angestellten, Burcau-, Kanzlei- und Unterbeamten als Anhalt dienen können.

Im einzelnen sind folgende Gesichtspunkte zu beachten:

1. In dem Regulativ sind die Beamtenstellen genau zu bezeichnen, auf deren Inhaber es nach Erteilung der Genehmigung des Oberversicherungsamts gemäß § 359 Abs. 1 RVO. Anwendung findet.

2. Neben dem Vorstande der Kasse oder des Kassenverbandes ist dem Landrat (Oberamtmann) als Vorsitzenden des Kreis-(Amts-)Ausschusses, bei Kassen oder Kassenverbänden, die der Aufsicht eines gemeindlichen Versicherungsamts unterstehen, dem Bürgermeister, bei Kassen, die lediglich das Gebiet einer Landbürgermeisterei in der Rheinprovinz, eines Amtes in Westfalen oder einer Landgemeinde umfassen, gecignetenfalls dem Landbürgermeister, Amtmann oder Gemeindevorsteher ein Dienstaufsichtsrecht über die Beamten einzuräumen.

3. Die Kassenbeamten sind auf die allgemeinen Dienstpflichten der Beamten hinzuweisen; es ist zu bestimmen, daß sie den Staatsdienereid (Verordnung vom 6. Mai 1867 Gesetzsamml. S. 715) binnen vier Wochen nach dem Tage, an dem die Rechte und Pflichten gemeindlicher Beamten auf sie übergegangen sind, vor der unter 2 bezeichneten Behörde abzulegen haben.

4. Es ist durch Aufnahme ausreichender Bestimmungen in das Regulativ Vorsorge zu treffen, daß die Vorbildung der Kassenbeamten nicht hinter der Vorbildung derjenigen gemeindlichen Beamten zurücksteht, denen sie in Rechten und Pflichten gleichgestellt werden.

5. Alle den Beamten zu gewährenden Dienstbezüge mit Einschluß des Ruhegehalts, der Hinterbliebenenversorgung, der Reisekosten und gegebenenfalls der Umzugskosten sind genau festzulegen.

Grundsätzlich sind die Beamten der Krankenkassen und der Kassenverbände, deren Bezirk sich auf das Gebiet einer Gemeinde beschränkt, den Beamten dieser Gemeinde hinsichtlich der Dienstbezüge und der Art der Anstellung gleich (d. h. weder schlechter noch besser) zu stellen, deren Dienstobliegenheiten denen der betreffenden Kassenbeamten an Umfang und Bedeutung ähnlich sind. Die Beamten der Kassen und Kassenverbände, deren Bezirk sich über das Gebiet einer Gemeinde hinaus erstreckt, sind den entsprechenden Beamten des nächst größeren Gemeindeverbandes gleichzustellen, der den zum Bezirke der Kasse oder des Kassenverbandes gehörenden Gemeinden gemeinsam ist. Gemeindeverbände in diesem Sinne sind auch die Ämter in Westfalen und die Landbürgermeistereien in der Rheinprovinz.

Eine abweichende Regelung ist ausnahmsweise statthaft, soweit sie nach Lage der besonderen Verhältnisse geboten erscheint.

6. Zur Ausübung eines mit Vergütung verbundenen Nebenamts oder eines regelmäßigen Nebenerwerbes ist die Genehmigung des Vorstandes vorzubehalten, die nur auf Widerruf erteilt werden darf.

7. Den Kassenbeamten ist ein Anspruch auf Erholungsurlaub zu gewähren, wie er für die entsprechenden gemeindlichen Beamten festgesetzt ist oder anerkannt zu werden pflegt.

8. Es ist die Verpflichtung der Kassenbeamten auszusprechen, andere Kassenbeamte oder Angestellte ohne Anspruch auf Vergütung zeitweilig zu vertreten, wenn die von ihnen vertretungsweise zu verrichtenden Arbeiten nicht in auffälligem Mißverhältnis zu ihren Fähigkeiten stehen.

9. Den in Frage kommenden Krankenkassen und Kassenverbänden ist zu empfehlen, den Beamten, deren Diensteinkommen 2500 M. jährlich nicht übersteigt, für Erkrankungsfälle mindestens die im § 169 RVO. angeführten Leistungen zu gewährleisten, um die Beamten von der Krankenversicherungspflicht zu befreien, der sie sonst unterliegen würden. Da die Beamten im Falle der Erkrankung Anspruch auf Fortzahlung des Gehalts usw. haben, wird die vorerwähnte Zusicherung nur wirksam werden, wenn infolge von Entlassung, Amtsenthebung oder aus einem ähnlichen Grunde eine Einbehaltung der Dienstbezüge oder eine Minderung unter die im § 169 a. a. O. angegebenen Leistungen eintritt. Wegen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung wird auf § 1234 RVO. verwiesen. Die Beamten der Krankenkassen sind nach § 9 des Versicherungsgesetzes für Angestellte vom 20. Dezember 1911 versicherungsfrei, wenn Ihnen die Anwartschaft auf die im § 9 näher bezeichneten Leistungen gewährleistet ist. Ob diese Voraussetzung erfüllt ist, entscheidet nach dem Erlasse vom 2. Juni d. J. (HMBl. S. 442), auf den auch im übrigen verwiesen wird, der Regierungspräsident, für den Stadtkreis Berlin der Oberpräsident.

10. Bestimmungen über die Dienstvergehen der Beamten sind in das Regulativ nicht aufzunehmen; diese Verhältnisse werden in einem besonderen Gesetz ihre Regelung finden.

11. Die Oberversicherungsämter haben von der ihnen im § 359 Abs. 2 RVO. verliehenen Befugnis, die Anstellung der geschäftsleitenden Beamten auf Lebenszeit oder mit Anrecht auf Ruhegehalt anzuordnen, grundsätzlich bei allen Orts-, Land- und Innungskrankenkassen sowie Kassenverbänden Gebrauch zu machen, die mit

Digitized by Google

Einschluß der freiwilligen Kassenmitglieder mehr als zehntausend Versicherte umfassen, sofern anzunehmen ist, daß die Anzahl der Versicherten dauernd mehr als zehntausend betragen wird. Sollten in diesem Falle schwerwiegende Gründe gegen den Erlaß einer Anordnung gemäß § 359 Abs. 2 sprechen, so ist meine, des Ministers für Handel und Gewerbe, Entscheidung einzuholen.

Die Anordnungsbefugnis bezieht sich nur auf die Geschäftsleiter der Krankenkassen. Wer bei einer Kasse als Geschäftsleiter anzusehen ist, muß nach der Lage des einzelnen Falles beurteilt werden. Kleinere Kassen werden nur einen Geschäftsleiter besitzen, während bei großen Kassen regelmäßig deren mehrere tätig sein werden. Angestellte, die in der Kassenverwaltung eine leitende Stellung einnehmen (Bureau-, Registratur- und Kanzleivorsteher, Kassenführer, Leiter selbständiger Melde- und Zahlstellen u. a. m.), sind in der Regel als Geschäftsleiter im Sinne des § 359 RVO. anzusehen.

12. Zur Anstellung eines Kassenbeamten auf Lebenszeit oder mit Anrecht auf Ruhegehalt ist nach § 359 Abs. 1 RVO. die Genehmigung des Oberversicherungsamts in jedem einzelnen Falle erforderlich.

Nach Art. 34, 35 Einf.Ges. z. RVO. bedarf es dieser Genehmigung nicht bei Beschäftigten,

a) die vor dem 1. Juli 1910 auf Lebenszeit angestellt sind.
b) denen auf Grund eines Vertrags, der vor dem 1. Januar 1908 oder gemäß einer vor diesem Tage genehmigten Besoldungsordnung vor dem 1. Januar d. J. abgeschlossen ist, Anrecht auf Ruhegehalt zusteht, oder
c) deren vor dem 1. Januar d. J. begründete Anwartschaft auf Ruhegehalt durch die Dienstordnung aufrecht erhalten wird.

Zur Klarstellung der in Betracht kommenden Verhältnisse empfiehlt es sich jedoch, daß das Oberversicherungsamt die Frage, welche im Kassendienste Beschäftigte nach Art. 34, 35 a. a. O. Anrecht auf Ruhegehalt besitzen, unter Beachtung des Art. 39 a. a. O. einer Prüfung unterzieht und zu ihr durch einen dem Kassenvorstand und dem Beschäftigten zu erteilenden Bescheid Stellung nimmt. In dem Bescheid ist gegebenenfalls auch der Zeitpunkt des Überganges der Beamtenrechte und -pflichten festzulegen.

Bis zum 10. November d. J. sehen wir einem Bericht über das Veranlaßte entgegen, in dem nach dem Stande vom 1. Oktober d. J. die Kassen, die mit den Rechten und Pflichten gemeindlicher Beamten ausgestattete Beamten besitzen, unter Angabe der Anzahl dieser Beamten anzugeben sind.

Versicherung der in der Landwirtschaft Beschäftigten und der Dienstboten.

Erlaß des **preuß. Ministers für Handel und Gewerbe** vom 12. Januar 1914. (HMBl. S. 81).

Der Wortlaut des § 418 RVO. läßt es zweifelhaft, ob über Beschwerden gegen Entscheidungen der Kassenvorstände, wodurch Befreiungsanträge nach §§ 418, 435 RVO. abgelehnt sind, zunächst das Versicherungsamt oder unter dessen Ausschluß sogleich das Oberversicherungsamt zu entscheiden hat.

Solange nicht das Reichsversicherungsamt auf Grund des § 1799 RVO. dem § 418 eine die Zuständigkeit des Versicherungsamts anerkennende Auslegung gegeben hat, empfiehlt es sich schon im Interesse einer möglichst schleunigen endgültigen Erledigung der vorerwähnten Beschwerden, daß das Oberversicherungsamt über sie in erster Instanz entscheidet. Ich ersuche daher, die Versicherungsämter zu veranlassen, daß sie die bei ihnen eingegangenen Beschwerden alsbald an das Königliche Oberversicherungsamt abgeben.

Anmerkung: Zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. S. 596, wo das, was hier als zweckmäßig empfohlen wird, als allein dem Gesetz entsprechend nachgewiesen ist.

Kassenzugehörigkeit landkassenpflichtiger Personen.

Erlaß des **preuß. Ministers für Handel und Gewerbe** vom 29. Januar 1914. (HMBl. S. 55).

Nachdem hier bekannt geworden ist, daß einer zugelassenen besonderen Ortskrankenkasse außer Ortskassenpflichtigen auch Landkassenpflichtige angehören, mache ich unter Hinweis auf die Vorschrift in § 237 Abs. 2 RVO. darauf aufmerksam, daß in Bezirken, in denen eine Landkrankenkasse nicht errichtet ist, die Landkassenpflichtigen keiner anderen, als der allgemeinen Ortskrankenkasse angehören dürfen, und daß daher die zur Zeit etwa noch einer besonderen Ortskrankenkasse angehörenden Landkassenpflichtigen zur Herbeiführung des den Anforderungen der Reichsversicherungsordnung entsprechenden Zustandes Mitglieder der allgemeinen Ortskrankenkasse werden müssen. Ich ersuche daher das Königliche Oberversicherungsamt, zu prüfen, ob im dortigen Verwaltungsbezirke besondere Ortskrankenkassen zugelassen sind, die landkassenpflichtige Personen umfassen.

Bestehen besondere Ortskrankenkassen ausschließlich für landkassenpflichtige Personen, so ist ihre Schließung unter Anwendung des § 269 Abs. 2 Nr. 3 RVO. sofort herbeizuführen.

Soweit eine besondere Ortskrankenkasse neben Ortskassenpflichtigen auch noch Landkassenpflichtige umfaßt, ist, wenn nicht die Kasse freiwillig ihre Satzung ändert, nach § 326 RVO. zu verfahren.

Digitized by Google

Krankenkassen und Aerzte.

Erlaß des **preuß. Ministers für Handel und Gewerbe** vom 30. Januar 1914. (HMBl. S. 56).

§ 368 RVO. findet auf Ersatzkassen (§§ 503 ff. a. a. O.) keine Anwendung, weil sie nicht zu den im § 225 aufgeführten Krankenkassen gehören. Seine Geltung für die knappschaftlichen Krankenkassen ist im § 502 ausgesprochen.

Auch das Berliner Abkommen vom 23. v. Mts. bezieht sich nicht auf Ersatzkassen.

Vorschriften über die Rechnungslegung der Ersatzkassen.

Erlaß des **Kaiserl. Aufsichtsamts für Privatversicherung** vom 19. Dezember 1913 (HMBl. S. 57.).

I. Für die im Deutschen Reiche tätigen, der Beaufsichtigung durch das Kaiserliche Aufsichtsamt für Privatversicherung unterstehenden Krankenkassen, welche Ersatzkassen im Sinne des § 503 RVO. sind, werden nachfolgende Rechnungsvorschriften erlassen.

II. Spätestens vier Monate nach Schluß eines jeden Geschäftsjahrs hat der Vorstand nach dem beigefügten Formular E—K einen Jahresbericht anzufertigen und dem Kaiserlichen Aufsichtsamt in zweifacher Ausfertigung einzureichen. Die beiden Ausfertigungen sind vom Vorstande zu unterschreiben.

Gleichzeitig sind vorzulegen:

1. eine vom Vorstande bescheinigte Abschrift der Niederschrift über die Verhandlungen, in welchen das oberste Organ die Jahresrechnung genehmigt und dem Vorstand Entlastung erteilt hat, wenn bis dahin die Generalversammlung stattgefunden hat, andernfalls ist diese Abschrift nachzuliefern;
2. die Belegblätter über Veröffentlichungen, wenn durch die Satzung eine öffentliche Bekanntmachung des Jahresberichts und der Einberufung des obersten Organs vorgeschrieben ist;
3. fünf Abdrucke des Jahresberichts, falls er gedruckt worden ist;
4. eine Gebührennachweisung (im Hinblick auf § 81 des Versicherungsaufsichtsgesetzes), in welcher alle im Geschäftsjahr aus dem Geschäftsbetrieb im Deutschen Reiche erwachsenen Eintrittsgelder und Beiträge (Nachschüsse, Umlagen) anzugeben sind.

III. Die vorgeschriebenen Formulare sind auch für das Format maßgebend.

IV. Der Jahresbericht ist für den Schluß des Geschäftsjahrs aufzustellen; insbesondere ist das Kassenbuch zu diesem Zeitpunkte zu schließen; später eingehende Zahlungen dürfen nicht mehr für das abgelaufene Geschäftsjahr verbucht werden.

Dem Rechnungsabschlusse sind in Einnahme und Ausgabe die im Berichtsjahre fällig gewordenen Beträge (Sollbeträge) ohne Rücksicht darauf, welche Beträge im Berichtsjahre wirklich gezahlt sind (Istbeträge) zugrunde zu legen.

Diejenigen Kassen, welche seither mit Istbeträgen gerechnet haben, finden die Sollbeträge aus den Istbeträgen, wenn sie von diesen die im Berichtsjahr erfolgten Vorauszahlungen sowie die Zahlungen auf vorjährige Rückstände abziehen und die im Vorjahre geleisteten Vorauszahlungen sowie die im Geschäftsjahre neu entstandenen Rückstände hinzufügen.

V. Diese Vorschriften finden zuerst für das nach dem 31. Dezember 1913 beginnende Geschäftsjahr Anwendung.

B. Zur Unfallversicherung.

Rentenminderung oder Entziehung durch Bescheid und Endbescheid; Beginn der Wirksamkeit.

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 29. Oktober 1913.

Der Zeitpunkt, mit dem die Beklagte die gekürzte Rente in Wirksamkeit gesetzt hat, ist nicht zu beanstanden. Gemäß § 610 RVO. wird ein Bescheid oder Endbescheid, der die Rente herabgesetzt oder entzieht mit Ablauf des auf die Zustellung folgenden Monats wirksam. Die Beklagte hat den Beginn der Teilrente von 30 % auf den 1. März 1913 festgesetzt. Sie hat also die Rentenherabsetzung wirksam werden lassen mit dem Ablauf des auf die Zustellung des Bescheids — nicht des Endbescheids — folgenden Monats. Denn nach den Akten ist der Bescheid dem Kläger in den letzten Tagen des Januar 1913 zugegangen. Die Auslegung, die hiernach die Beklagte dem § 610 a. a. O. gegeben hat, beruht nach Ansicht des erkennenden Senats auf einer zutreffenden Würdigung dieser Gesetzesvorschrift. An sich besteht keine Veranlassung für die Rentenminderung oder Rentenaufhebung einen Zeitpunkt maßgebend sein zu lassen, der hinter dem Tage liegt, an dem der Endbescheid erlassen ist. Durch den Bescheid ist der Rentenempfänger von der Veränderung, die in dem Rentenbezug eintreten soll, in Kenntnis gesetzt. Da er die bisherige Rente noch wenigstens einen Monat lang erhält, so kann davon keine Rede sein, daß ihm nicht genügend Zeit gelassen ist,

Digitized by Google

sich auf die Aenderung seiner Vermögenslage einzurichten, wenn die Rentenänderung schon vor dem Erlaß des Endbescheids in Kraft tritt. Die Vorschrift, daß die Rentenänderung erst mit dem Ablaufe des auf die Zustellung des Bescheids folgenden Monats wirksam wird, verhindert zugleich, daß der Berechtigte gegenüber dem bisherigen Rechte schlechter gestellt wird. Zudem wäre, wenn in allen Fällen, in denen nach Erlaß des Rentenänderungsbescheids ein Endbescheid ergeht, die Zustellung des Endbescheids für den Beginn der Rentenänderung maßgebend sein sollte, der Berechtigte in der Lage, durch rechtzeitigen Einspruch die Rentenänderung stets hinauszuschieben und sich infolge des vielleicht durchaus ungerechtfertigen Einspruchs auf mehr oder weniger lange Zeit die Rente oder die höhere Rente zu sichern. Ein derartiger Zustand würde ebensowenig dem Willen des Gesetzgebers wie dem Zwecke des Gesetzes entsprechen. Der Wortlaut des § 610 RVO. endlich widerspricht der hier vertretenen Auffassung nicht. Denn im § 1610 a. a. O. ist die sofortige Erteilung eines Endbescheids, also ohne vorhergehenden Bescheid, zugelassen. Die Worte „oder Endbescheid" im § 610 RVO. sind daher nicht etwa überflüssig, wenn die Vorschrift so ausgelegt wird, wie es hier geschehen ist.

Unfall bei dem Versuch, einen eben erst angefahrenen Wagen der elektrischen Straßenbahn zu besteigen.

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 17. Juni 1913.

Das Rekursgericht hat angesichts der Zeugenaussagen nicht die Ueberzeugung gewonnen, daß der Verunglückte einen in voller Fahrt befindlichen Wagen hat besteigen wollen, es nimmt vielmehr an, daß er den Versuch gemacht hat, den in mäßiger Fahrt befindlichen Wagen, der eben erst angefahren war, zu besteigen. In dieser Handlungsweise erblickt der Rekurssenat allerdings eine Fahrlässigkeit, diese Fahrlässigkeit ist jedoch keine derartige, daß schon von einer nicht ordnungsmäßigen Benutzung eines zulässigen Beförderungsmittel gesprochen werden kann. Mit dieser Entscheidung weicht der Rekurssenat nicht in einer Rechtsfrage von früheren Entscheidungen ab, die, wie z. B. die Rekursentscheidung 2452 (Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1911 S. 385) beim unvernünftigen Abspringen von einem nicht in voller Fahrt befindlichen Straßenbahnwagen das Vorliegen eines Betriebsunfalls verneint haben. Es hängt vielmehr von den Umständen des einzelnen Falles ab, ob anzunehmen ist, daß die Gefahr nur dem vernunftwidrigen Handeln des Verletzten zuzurechnen ist oder daß die bei der Benutzung des Beförderungsmittels etwa an den Tag gelegte Unvorsichtigkeit nicht besonders groß und nach allgemeiner Erfahrung so häufig ist, daß hierdurch eine außergewöhnliche Erhöhung der normalen Betriebsgefahr nicht bewirkt wird.

Da der Fall jedoch in anderer Hinsicht noch nicht spruchreif war — es bedurfte noch der Feststellung, ob die Fahrt mit der Straßenbahn im Interesse des Betriebs geplant war und ob der Verunglückte nicht schon durch einen längeren Aufenthalt im Wirtshaus vor dem Unfall aus dem Betrieb ausgeschieden war — wurde die Sache an das Oberversicherungsamt zurückverwiesen.

Maschinenführer als Arbeiter des Dreschmaschinenbesitzers, obwohl der Lohn von den die Maschine benutzenden Landwirten gezahlt wird.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 15. Oktober 1913.

Die Elektrizitätsgesellschaft m. b. H. in G., ist Eigentümerin einer Dresch- und einer Holzhackmaschine, die beide mit elektrischer Kraft betrieben werden. Sie stellt die Maschinen landwirtschaftlichen Unternehmern der Umgegend gegen Entgelt zur Verfügung. Am 12. März 1912 bediente der Arbeiter Heinrich K. aus St. als Maschinenführer die Holzhackmaschine beim Huiner A. in G. Während der Arbeit erlitt er einen Unfall.

K. war seit August 1911 als Maschinenführer an der Dresch- und Holzhackmaschine der genannten Elektrizitätsgesellschaft tätig gewesen. Seinen Lohn hat er stets von den Landwirten erhalten, die die Maschine benutzten. Zur Leistung anderer Dienste als zur Bedienung der Maschinen ist er den Landwirten gegenüber nicht verpflichtet gewesen. Der dem Arbeitgeber gesetzlich zur Last fallende Anteil an den Versicherungsbeiträgen ist von den landwirtschaftlichen Unternehmern für K. gezahlt worden.

Die schleswig-holsteinische landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft und die Berufsgenossenschaft der Feinmechanik und Elektrotechnik streiten über die Entschädigungspflicht.

Die Entscheidung hängt davon ab, welchem Betriebe die Tätigkeit zuzurechnen ist, die der Verletzte am Tage des Unfalls verrichtet hat. Dabei ist davon auszugehen, daß die Elektrizitätsgesellschaft m. b. H. in G. als Unternehmerin eines Dresch- und Holzhackmaschinen b e t r i e b s anzusehen ist, und nicht nur als Verleiherin einer Dresch- und Holzhackmaschine, da sie nach den Ermittelungen diese Maschinen nicht bloß zur Benutzung bereitstellt, sondern auch für ihre ordnungsmäßige Verwendung sorgt. Es kann sich deshalb nur fragen, ob der Verletzte Arbeiter dieses Betriebes gewesen ist oder Arbeiter des landwirtschaftlichen Unternehmens, in dessen Betrieb er jeweils die Maschine der Elektrizitätsgesellschaft in G. bediente. Mit Rücksicht darauf, daß der Verletzte die Maschinen der Gesellschaft in deren Auftrag nicht etwa nur am Tage des Unfalls

Digitized by Google

bedient, sondern die Führung der Maschinen der Gesellschaft Monate lang regelmäßig zu besorgen gehabt hat, kann er nur als Arbeiter im Dresch- und Holzhackmaschinenbetriebe der Gesellschaft gelten. Daß er von den Landwirten unmittelbar gelohnt worden ist, ist demgegenüber ebenso unerheblich wie die Tatsache, daß diese die Beiträge zur gesetzlichen Versicherung des Verletzten gezahlt haben. Entscheidend ist der Arbeitsvertrag, der zweifellos zwischen der Gesellschaft und dem Verletzten bestanden hat. Ist K. aber Arbeiter des Dresch- und Holzhackmaschinenbetriebs der genannten Gesellschaft gewesen, dann hat die Berufsgenossenschaft der Feinmechanik und Elektrotechnik die Entschädigungspflicht zu übernehmen, da der Maschinenbetrieb als Nebenbetrieb der Elektrizitätsgesellschaft m. b. H. in G. anzusehen ist und als solcher von der Versicherung des Hauptbetriebs bei der Berufsgenossenschaft der Feinmechanik und Elektrotechnik mit ergriffen wird.

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Im Rentenfeststellungsverfahren ist die vom Rentenbewerber behauptete Invalidität nicht von diesem zu beweisen, sondern von Amts wegen klarzustellen.

Revisionsentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 4. November 1913.

Die Klägerin war mit ihrem Anspruch auf Gewährung der Witwenrente von der Versicherungsanstalt ohne ärztliche Untersuchung abgewiesen worden, weil die Anstalt im Einklang mit dem Versicherungsamte schon aus dem eigenen Vorbringen der Klägerin entnahm und auch entnehmen konnte, daß sie noch nicht invalide im Sinne des § 1258 Abs. 2 RVO. sei. In der Berufungsschrift hat die Klägerin es als „völlig unrichtig" bezeichnet, daß sie noch den Mindestlohn verdienen könne; insbesondere hat sie hier unter Berufung auf zwei ärztliche Sachverständige eine Reihe von Leiden behauptet, die im Falle ihres wirklichen Vorhandenseins in der Tat ihre Invalidität verursachen könnten. Das Oberversicherungsamt hat aber darüber keinen Beweis erhoben, sondern der Vorsitzende hat die Klägerin „aufgefordert, den Beweis, daß sie invalide im Sinne der Reichsversicherungsordnung sei, durch Einreichung eines ärztlichen Attestes selbst zu erbringen" und hinzugefügt, „die Kosten könnten ihr jedoch nur dann ersetzt werden, wenn sie als invalide anerkannt werde"; „sollte sie innerhalb zwei Wochen einen solchen Nachweis nicht erbringen, dann werde nach Lage der Akten entschieden werden". Die Klägerin hat das erforderte ärztliche Gutachten nicht eingereicht. Ihre Berufung ist darauf von der Spruchkammer zurückgewiesen worden, weil sie der Aufforderung, den Beweis für ihre Invalidität selbst zu erbringen, nicht nachgekommen sei. Dieses Verfahren leidet an einem auf der unrichtigen Anwendung des bestehenden Rechtes beruhenden wesentlichen Mangel (§ 1697 RVO.).

Das Verfahren auf dem Gebiete der Reichsversicherung wird durchweg beherrscht von dem Grundsatz, daß von Amts wegen das Sachverhältnis klarzustellen und der dafür erforderliche Beweis zu erheben ist. Dieser Grundsatz erleidet selbst da keine Einschränkung, wo vom Gesetz oder von der Rechtsprechung ausnahmsweise für ein gewisses Sachverhältnis eine Vermutung aufgestellt worden ist; denn die Vermutung greift erst Platz, wenn die Aufklärung erschöpft ist und zu keinem entgegengesetzten Ergebnis geführt hat (zu vgl. Revisionsentsch. 1548, auch Entsch. 1616, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1911 S. 420, 1912 S. 873; Handb. der Unfallversf. 3. Aufl. Bd. III S. 698 ff.; Hanow-Lehmann, Kommentar zur Reichsversicherungsordnung, Anm. 8 zu § 1280 und Anm. 6 zu § 1445). Demnach ist da, wo der geltend gemachte Anspruch das Vorhandensein der Invalidität voraussetzt, regelmäßig das Vorliegen dieser Voraussetzung von Amts wegen zu untersuchen. Dem steht nicht etwa die Vorschrift im § 1251 RVO. entgegen, wonach Invalidenrente erhält, wer — abgesehen von anderen Erfordernissen — die Invalidität „nachweist". Aus dieser Wortfassung kann nicht eine Beweispflicht für den Rentenbewerber abgeleitet werden. Daß hier durch die Wortfassung nicht etwa die Regelung einer Beweislast hat zum Ausdruck kommen sollen, zeigt schon die Wortfassung des den § 1251 ergänzenden und erläuternden § 1255, wonach Invalidenrente der Versicherte erhält, der invalide „ist", sowie ferner die Fassung des — den gegenwärtigen Fall betreffenden — § 1258, wonach die „invalide Witwe" die Rente erhält. Aus der Fassung der zuletzt angeführten Vorschriften und aus ihrer Stellung im Vierten Buche der Reichsversicherungsordnung ergibt sich vielmehr, daß hier lediglich die sachlichen Voraussetzungen für den Anspruch niedergelegt werden sollten. Die formellen Vorschriften und Bestimmungen für die Durchführung des Anspruchs finden sich dagegen im Sechsten Buche der Reichsversicherungsordnung und in den

Digitized by Google

auf Grund des § 35 Abs. 2 erlassenen drei Kaiserlichen Verordnungen über den Geschäftsgang und das Verfahren der Versicherungsbehörden vom 24. Dezember 1911. In diesen aber kehrt stets der Grundsatz wieder, daß die mit der Tatsachenprüfung befaßten Stellen — unter angemessener Mitwirkung der Parteien — den Sachverhalt erschöpfend aufzuklären und den dazu erforderlichen Beweis von Amts wegen zu erheben haben (siehe die §§ 1613, 1617, 1652, 1655 Abs. 2, §§ 1665, 1679 RVO.; zu vgl. Lehmann, Kommentar zur Reichsversicherungsordnung Bd. V Anm. 3 Abs. 2 und 5 zu § 1630 sowie Anm. 3 und 4 zu § 1665). Dabei ist auch nicht etwa aus den §§ 73, 74 und 81 der Kaiserlichen Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter vom 24. Dezember 1911 eine Besonderheit für den Invalidenrentenanspruch dahin abzuleiten, daß ohne eine durch den Antragsteller erfolgende Vorlegung der dort bezeichneten Bescheinigungen, insbesondere ohne eine zuverlässige Bescheinigung über die Invalidität, dem Verfahren kein Fortgang zu geben wäre. Die Beifügung solcher Bescheinigungen ist vielmehr nur instruktionell, wie die grundlegende Vorschrift im § 1613 RVO. zeigt, und sie ist namentlich für den Fall von Bedeutung, daß der Antragsteller schon in ihrem Besitz ist oder sie sich ohne erhebliche Umstände und Kosten beschaffen kann. Daß hierdurch die Pflicht zur Klarstellung von Amts wegen nicht berührt wird, ergeben schon die §§ 82 ff. jener Kaiserlichen Verordnung. (Ueber das hierbei insbesondere den Versicherungsträgern offenstehende Vorgehen vergleiche die unten S. 756 Nr. 2 abgedruckte Verfügung des Königlich Preußischen Ministers für Handel und Gewerbe, betreffend die Vernehmung von Zeugen und Sachverständigen im Verfahren zur Feststellung der Leistungen.) In dem dargelegten Sinne hat sich das Reichsversicherungsamt bereits unter der Herrschaft des alten Rechtes ausgesprochen, aus dem die §§ 28 und 112 Abs. 1 JVG. in die §§ 1251 und 1613 RVO. sowie in die §§ 73 und 74 der Kaiserl. Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter übergegangen sind (zu vgl. Revisionsentscheidungen 466 und 1752, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts J.- u. AV. 1895 S. 256, 1913 S. 675; Lehmann, Kommentar zur Reichsversicherungsordnung Bd. V Anm. 15 zu § 1613; Weymann, Kommentar zur Reichsversicherungsordnung Bd. III Anm. 5 Abs. 5 und 6 zu § 1251; Düttmann-Appelius, Kommentar zur Reichsversicherungsordnung Bd. IV Anm. 2 zu § 1613). Ein Niederschlag des erörteten Verfahrensgrundsatzes findet sich übrigens auch in der Vorschrift des § 1635 RVO., wonach dann, wenn innerhalb eines Jahres ein abgelehnter Rentenantrag wiederholt oder eine entzogene Rente von neuem beansprucht wird, eine glaubhafte Bescheinigung über eine inzwischen eingetretene Invalidität beigebracht und andernfalls der Antrag kurzerhand durch einen unanfechtbaren Bescheid des Versicherungsamts zurückgewiesen werden muß. Diese Vorschrift, die voreiligen, unbegründeten Wiederholungen von Rentenanträgen vorbeugen und solchen die Eröffnung eines neuen Feststellungsverfahrens erschweren soll, läßt auf der anderen Seite erkennen, daß außerhalb der hier ausdrücklich hervorgehobenen Fälle die Einleitung des Rentenverfahrens nicht von einer Glaubhaftmachung, geschweige denn von einem Nachweis der Invalidität abhängig gemacht werden darf. Auch geht aus ihr hervor, daß lediglich für die Eröffnung, nicht aber auch für die Fortsetzung eines vorzeitigen neuen Feststellungsverfahrens eine Glaubhaftmachung der Invalidität vom Rentenbewerber gefördert werden kann, daß also, wenn einmal das neue Feststellungsverfahren zugelassen und eingeleitet ist, es nach dem allgemeinen Grundsatz des Offizialbetriebs weiter- und durchzuführen ist.

Gegen eine mutwillige Verfolgung ungerechtfertigter Ansprüche hat das Gesetz ein Gegengewicht geschaffen nicht durch eine Möglichkeit, die Durchführung des vorgeschriebenen Verfahrens abzulehnen oder zu beschränken, sondern durch die Befugnis der Versicherungsträger und Versicherungsbehörden, den Beteiligten die Kosten des Verfahrens ganz oder teilweise aufzuerlegen (§§ 1634 und 1802 RVO.).

Hiernach hätte im vorliegenden Falle das Oberversicherungsamt den körperlichen Zustand der Klägerin und das Maß ihrer Erwerbsunfähigkeit durch geeignete Erhebungen von Amts wegen feststellen müssen. Der in der Unterlassung liegende wesentliche Mangel des Verfahrens mußte die Aufhebung des angefochtenen Urteils nach sich ziehen.

Nunmehr war das Revisionsgericht in der Lage, entweder selbst in der Sache zu entscheiden oder sie an eine der Vorinstanzen zurückzuverweisen (§ 1715 RVO).

Soweit die Frage der Invalidität der Klägerin in Betracht kommt, wäre allerdings gegenwärtig der Streit zur Entscheidung reif gewesen, da die Klägerin in der Revisionsinstanz selbst ein ihrem Rentenanspruch ungünstiges ärztliches Gutachten vorgelegt hat, an dessen Richtigkeit zu zweifeln kein Anlaß gegeben ist. Dieses kommt unter eingehender Wiedergabe der von der Klägerin vorgebrachten Beschwerden und des ärztlich festgestellten Befundes zu dem überzeugenden Schlusse, daß die 58jährige Klägerin im wesentlichen nur an einem rechtsseitigen Leistenbruch und an einer

Digitized by Google

mäßigen Altersfernsichtigkeit leidet. Ist hiernach zwar im Einklang mit der ärztlichen Auffassung die Klägerin noch nicht als invalide anzusehen und daher die Gewährung der Witwenrente ausgeschlossen, so war doch gleichwohl nicht ihr Anspruch im ganzen kurzweg abzulehnen und somit die Revision im Endergebnis etwa schlechthin zurückzuweisen (zu vgl. Rekursentscheidung 2303 a Abs. 4 a. E., Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1909 S. 438, auch § 563 ZPO.). Denn wenn ein Anspruch auf Gewährung der Witwenrente geltend gemacht wird, die Witwe aber noch nicht invalide ist, so muß zugleich geprüft werden, ob die weiteren Voraussetzungen des § 1252 (1258) RVO. gegeben sind, d. h. ob der vorstorbene Ehemann zur Zeit seines Todes die Wartezeit für die Invalidenrente erfüllt und die Anwartschaft aufrechterhalten hat. Das Ergebnis der Prüfung sowie gegebenenfalls die Höhe der Witwenrente sind alsbald durch eine förmliche Entscheidung festzustellen, und es ist die Witwe, bei der die Voraussetzungen gegeben sind, zu belehren, daß sie nach Eintritt der Invalidität den Anspruch auf Zahlung anmelden könne (§ 1743 RVO.). Einen besonderen Antrag auf Erteilung eines solchen sogenannten Anwartschaftsbescheids braucht die Witwe neben dem Antrag auf Invaldenrente nicht zu stellen. Die Vorschrift des § 1743, wonach der Bescheid „auf ihren Antrag" zu ergehen hat, ist vielmehr dahin zu verstehen, daß, wenn die Witwe „auf Grund der Hinterbliebenenversicherung einen Anspruch erhebt", mag dieser auf Gewährung der Witwenrente oder mag er nur auf Erteilung des Anwartschaftsbescheids gerichtet sein, ihr auf diesen ihren Antrag gegebenenfalls der Anwartschaftsbescheid zu erteilen ist. Es genügt also einer von den beiden Anträgen. Insbesondere entspricht es dem mutmaßlichen Willen der die Witwenrente begehrenden Antragstellerin, daß die sämtlichen Voraussetzungen der Rente geprüft werden, und daß beim Fehlen einzelner Voraussetzungen wenigstens die vom Gesetze vorgesehene Feststellung der gegebenen Voraussetzungen getroffen werde. Der § 1743 RVO. ist geschaffen worden, damit die in der Person des Versicherten liegenden Voraussetzungen der Witwenrente — die Erfüllung der Wartezeit, die Zahl der gültigen Beiträge und zurzeit auch noch das Fehlen der im Art. 71 Abs. 1 und 2 Einf.Ges. z. RVO. aufgeführten Umstände — möglichst zuverlässig und deshalb möglichst bald nach dem Ableben des Versicherten klargestellt werden. Die Erreichung dieses Zwecks würde wesentlich erschwert, wenn nicht unmöglich, falls man die Feststellung der Anwartschaft davon abhängig machen wollte, daß von den in der Regel rechtsunkundigen Bewerberinnen neben dem Antrag auf Zahlung der Rente noch ein förmlicher Antrag auf Erteilung des Anwartschaftsbescheids gestellt werde. Ein derartiges Verlangen würde auch — entgegen dem Sinne der sozialen Gesetze — eine Benachteiligung der selbständig oder ohne geeignete Hilfe ihren Anspruch verfolgenden Witwe gegenüber der von rechtskundiger Seite beratenen Witwe zur Folge haben. Somit umfaßt der weitergehende Antrag auf Gewährung der Invalidenrente zugleich den engeren Antrag auf Erteilung des Anwartschaftsbescheids. In diesem Sinne hat das Reichsversicherungsamt auch bereits grundsätzlich entschieden (zu vgl. die vorstehende Revisionsentscheidung 1764). Im vorliegenden Falle war übrigens für die Vorinstanzen zur Erteilung eines Anwartschaftsbescheids um so mehr Anlaß gegeben, als die Klägerin schon in der ersten Instanz am 20. Mai 1912 durch die Gemeindebehörde ausdrücklich hatte anfragen lassen, ob sie bei später eintretender Invalidität noch Ansprüche auf Hinterbliebenenbezüge machen könne. Indem die beiden Vorentscheidungen den Anspruch auf den Anwartschaftsbescheid unberücksichtigt ließen, verstießen sie gegen die Pflicht zur erschöpfenden Erledigung der gestellten Anträge. (Zu vgl. auch Bescheid 1679 und Revisionsentscheidung 1740, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1913 S. 367 u. 603.) Auch dieser, auf eine Nichtanwendung des bestehenden Rechtes zurückzuführende Mangel des Verfahrens rechtfertigte die Aufhebung des angefochtenen Urteils, ebenso aber die Aufhebung des Bescheids der Versicherungsanstalt (§ 1697 RVO.). Nun wäre zwar nach § 1715 RVO. das Revisionsgericht befugt gewesen, gleichfalls über diesen Punkt alsbald seinerseits an Stelle der Vorinstanzen sachlich zu befinden, ohne Rücksicht darauf, daß die Vorinstanzen noch keine Stellung zu dem zur Entscheidung stehenden Anspruch genommen haben (zu vergleichen die Revisionsentscheidung vom 24. Mai 1913 in der Invalidenrentensache Pr. L. II a 4696/12, auch die Rekursentscheidung 2304 Abs. 4, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1909 S. 441). Indessen erschien dem Senat im vorliegenden Falle dieser Weg nicht zweckmäßig, es vielmehr geboten, die Sache zur anderweiten Beschlußfassung an die Versicherungsanstalt zurückzuverweisen, damit dieser die Gelegenheit bleibe, noch die Rechtswirksamkeit der vom Ehemanne der Klägerin verwendeten Beitragsmarken nachzuprüfen. Bei der erneuten Entschließung wird die Versicherungsanstalt den Anspruch der Klägerin in seiner Gesamtheit zu untersuchen, insbesondere also vor der Erteilung des Anwartschaftsbescheids zunächst die Frage der Invalidität unter Berücksichtigung etwaigen neuen Vorbringens der Klägerin nochmals selbst zu prüfen haben (zu vergleichen § 1715 Abs. 2 RVO.;

Digitized by Google

dazu Revisionsentscheidung 1698, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1913 S. 442; auch oben Revisionsentscheidung 1761 A vorletzter Absatz; sowie Gaupp-Stein, Kommentar zur Zivilprozeßordnung Anmerkung II zu § 565 Abs. 2).

Ueber etwaige Kostenerstattungsansprüche der Klägerin aus Anlaß des bisherigen Verfahrens hat der Vorstand ebenfalls zu befinden.

Vorübergehende Dienstleistungen.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Hamburg** vom 15. Juli 1913.

Die Ehefrau B. reinigte in einem Kontorhause die Treppen und außerdem die in dem Hause befindlichen Kontorräume der Firma S. & Co., ohne gegen Invalidität versichert zu sein. Für die Treppenreinigung wird ihre eine auf die 500 M. betragende Jahresmiete anzurechnende Entschädigung von 150 M. gewährt; für die Kontorreinigung erhält sie 5 M. monatlich. Streitig ist die Versicherungspflicht für die Zeit vor dem 1. Oktober 1912 — dem Beginn der Kontorreinigungsarbeiten. Ihre Versicherungspflicht ist mit folgender Begründung verneint:

Die Entscheidung vorliegender Streitfrage hängt davon ab, ob man hier die Voraussetzungen des Bundesratsbeschlusses, betreffend die Befreiung vorübergehender Dienstleistungen von der Versicherungspflicht unter Ib als gegeben betrachtet oder nicht. Danach sind vorübergehende Dienstleistungen als versicherungsfreie Beschäftigungen anzusehen, wenn sie zwar in regelmäßiger Wiederkehr, aber nur nebenher und gegen ein geringfügiges Entgelt verrichtet werden; fernere Voraussetzung ist, daß dieses Entgelt für die Dauer der Beschäftigung zum Lebensunterhalte nicht ausreicht und zu den für diese Zeit zu zahlenden Versicherungsbeiträgen nicht in entsprechendem Verhältnis steht. Prüft man den vorliegenden Tatbestand an der Hand dieser gesetzlichen Bestimmungen, so ergibt sich, daß von einer versicherungspflichtigen Beschäftigung der Ehefrau B. nicht die Rede sein kann. Zunächst einmal hat die Ehefrau B., die ihren Haushalt, ihren Mann und ihre drei Kinder zu versorgen hat, an vier Tagen in der Woche nur eine Viertelstunde auf die von ihr zu verrichtende Arbeit — Scheuern der Treppen — verwandt, an zwei Tagen — Mittwochs und Sonnabends — hat sie je zwei Stunden nachmittags für die gründliche Reinigung der Treppen gebraucht. Also sie hat Arbeiten verrichtet, die ihren sonstigen Haushaltungspflichten offenbar nur nebenher gingen. Weiter muß aber die Voraussetzung des geringfügigen Entgelts als gegeben betrachtet werden. Selbst wenn man davon absieht, daß der erzielte Lohn das sonst erforderliche Drittel (150 M. gegen 200 M. als ortsübliches Drittel für Scheuerfrauen) nicht erreicht hat, weil dieser Vergleichungsmaßstab die Grenzbestimmung leicht zu mechanisch treffen wird — s. Anm. 4 zu § 1232 RVO., Weymann, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung S. 158 —, so erscheint doch der erzielte Lohnbetrag als geringfügig bei Betrachtung der persönlichen Lebensverhältnisse der Familie B. Nimmt man eine zirka halbjährliche Jahreseinnahme zum Vergleich an, so ergibt sich ein Betrag von 80—100 M. Stellt man nun, wie es die Revisionsentscheidung Ziff. 924, Amtl. Nachr. 1901 S. 608, verlangt den Lebensbedarf der ganzen Woche der Familie B. mit dem wirklich gezahlten Entgelt in Vergleich, so ergibt sich: die Familie B. erfordert für Aufrechterhaltung ihrer Lebensbedürfnisse nach den hier herrschenden Verhältnissen eine Wocheneinnahme von 30—40 M., gehabt hat sie zirka 32 M. Die Ehefrau erwarb auf die Woche ausgerechnet 2,88 M., also im Vergleich zur erstgenannten Summe einen entschieden unwesentlichen Beitrag. Bei Wegfall des von der Frau erzielten Verdienstes hätte die Familie infolgedessen eine etwas billigere Wohnung im Preise von 300 bis 400 M. statt derjenigen von 500 M. nehmen können und hätte den Ausfall mit Leichtigkeit wettgemacht. Bei dieser Sachlage kann das Oberversicherungsamt die Ehefrau B. für die Zeit vom 1. Oktober 1910 bis 30. September 1912 nicht als Arbeiterin im Sinne des § 1226 Abs. 1 Ziff. 1 RVO. ansehen. (Breithaupt.)

Anrechnung der für Krankheitszeiten verwendeten Marken auf frühere oder spätere Zeiträume.

Revisionsentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 7. Mai 1913.

Das Oberversicherungsamt hat die Wartezeit als erfüllt erachtet, indem es 181 Beitragsmarken und 25 Krankheitswochen angerechnet hat. Es hat indessen die Auskunft der Ortskrankenkasse in J. vom 26. August 1912, auf welche es die Feststellung der Krankheitswochen stützt, erst nach dem Erlaß der angefochtenen Entscheidung eingeholt. Sein Verfahren leidet daher an einem wesentlichen Mangel. Die angefochtene Entscheidung war deshalb aufzuheben und die Sache an das Oberversicherungsamt zurückzuverweisen. Letzteres wird nunmehr mit den Parteien über die Dauer und die Anrechnungsfähigkeit der einzelnen Krankheitszeiten zu verhandeln haben. Hierbei wird es auch zu prüfen haben, ob etwa in der Zeit vom 6. Februar bis 4. April 1911 schon dauernde Invalidität bestanden hat. Das Oberversicherungsamt hat allerdings diese Zeit als Krankheitszeit angesehen. Da es indessen die dauernde Invalidität seit dem 5. April 1911 als

Digitized by Google

vorliegend erachtet hat, so hätte es prüfen müssen, ob sich innerhalb der seit dem 6. Februar 1911 bestehenden Krankheit zwei Perioden unterscheiden lassen, die eine, während deren noch begründete Aussicht auf Wiedereintritt der Erwerbsfähigkeit bestand, die andere, während deren diese Aussicht nicht mehr bestand, also dauernde Invalidität vorlag. Sollte die dauernde Invalidität schon seit dem 6. Februar 1911 bestehen, so würden weder freiwillige Beiträge noch Krankheitszeiten aus der späteren Zeit anrechnungsfähig sein.

Bei der erneuten Verhandlung wird das Oberversicherungsamt ferner die Frage, inwieweit Beitragsmarken, die während Krankheitszeiten verwendet sind, auf frühere oder spätere Zeiten angerechnet werden können, einer Nachprüfung unter Beachtung der nachstehenden rechtlichen Gesichtspunkte zu unterziehen haben:

1. Das Oberversicherungsamt hat Krankheitswochen aus der Zeit vom 21. Januar bis 19. Juli 1908 angerechnet, zugleich aber auch Beitragsmarken, die während dieser Krankheitswochen verwendet sind, angerechnet. Da eine Doppelrechnung von Krankheitswochen und Beitragsmarken für dieselbe Zeit nicht zulässig ist, so ist zu prüfen, ob die Beitragsmarken für eine frühere oder für eine spätere Zeit gelten sollten und gelten können. Es ist daher zunächst zu ermitteln, ob aus der früheren Zeit noch Pflichtbeiträge rückständig waren und ob die Frist von regelmäßig zwei Jahren für die Nachbringung von Pflichtbeiträgen noch nicht abgelaufen war, sowie ob der Arbeitgeber oder die Klägerin die Beiträge nachträglich zur Erfüllung der Versicherungspflicht entrichtet hat. Ferner ist zu ermitteln, ob aus der früheren Zeit noch Zeiträume vorhanden waren, für welche die Nachbringung von freiwilligen Beiträgen innerhalb der hierfür geltenden Frist von regelmäßig einem Jahr noch zulässig war.

Dagegen ist die Anrechnung von Beiträgen, die während der Krankheitszeit vom 21. Januar bis 19. Juli 1908 entrichtet sind, auf spätere Zeiträume (nach dem 19. Juli 1908) nicht möglich, soweit sich die Sachlage zurzeit übersehen läßt. Denn nach dem Ablauf der Krankheitszeit hat die Klägerin etwa einhalb Jahr in versicherungspflichtiger Beschäftigung gestanden, wie nach der Lohnnachweisung anzunehmen ist, und es sind auch, so weit ersichtlich, für dieses halbe Jahr die Pflichtbeiträge entrichtet worden. Die vom Oberversicherungsamt angezogene Revisionsentscheidung 1367 (Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1909 S. 419) ist daher nicht anwendbar; denn die behandelt den Fall, daß sich an die Krankheitszeit unmittelbar Wochen anschließen, welche für sie freiwillige Versicherung offen stehen und mit Beiträgen noch nicht belegt sind. Erst Ende Dezember 1908 kommt hier eine Zeit, welche mit Beiträgen noch nicht belegt ist. Es muß aber als ausgeschlossen erscheinen, daß die in der Krankheitszeit vom Januar bis Juli 1908 verwendeten Marken für eine Zeit gelten sollten, die erst Ende Dezember 1908 begann und die sich erst an eine vom Juli bis Dezember 1908 dauernde Zeit versicherungspflichtiger Beschäftigung anschloß.

2. Auch aus der Zeit vom 6. Februar bis 4. April 1911 hat das Oberversicherungsamt zugleich Krankheitswochen und Beiträge angerechnet. Auch hier ist daher dieselbe Prüfung, wie zu eins, geboten. Die Möglichkeit, die vom 6. Februar bis 4. April 1911 entrichteten Beiträge auf eine spätere Zeit anzurechnen, ist jedoch schon dadurch ausgeschlossen, daß nach der Feststellung des Oberversicherungsamts bereits seit dem 5. April 1911 dauernde Invalidität bestand.

Im allgemeinen sei noch bemerkt, daß es nach dem Aufdruck des Entwertungstags auf den Marken den Anschein hat, als seien die Marken auch während der Krankheitszeiten von der Arbeitgeberin verwendet. Denn es ist nicht wahrscheinlich, daß die Klägerin im Besitz eines Tagesstempels gewesen sein sollte. Danach aber würde es der Aufklärung bedürfen, wie die Arbeitgeberin dazu kam, Beiträge, sei es Pflichtbeiträge, sei es freiwillige — während der Krankheitszeiten zu verwenden.

Waisenaussteuer darf nicht deshalb versagt werden, weil wegen höherer Unfallwaisenrente eine Waisenrente nicht gewährt wird.

Revisionsentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 14. April 1913.

An sich erwuchs dem Kläger aus dem Tode seines Vaters für die Zeit vom 26. Februar bis 27. März sowohl ein Anspruch auf die Unfallwaisenrente 1912 gemäß § 16 LUVG. als auch ein Anspruch auf die Waisenrente gemäß §§ 1252, 1259 RVO. Da aber die Unfallwaisenrente höher ist, als die Waisenrente nach dem Vierten Buche der Reichsversicherungsordnung so war diese nach § 1522 RVO. von der Beklagten nicht zu gewähren, nachdem die Unfallwaisenrente von der land- und forstwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft für das Königreich Sachsen festgestellt war. Daraus folgt aber noch nichts gegen den Anspruch des Klägers auf Waisenaussteuer. Denn § 1522 a. a. O. will nur verhindern, daß aus der Unfallversicherung sowie aus der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung Doppelentschädigungen gewährt werden, die in Renten bestehen. Auch abgesehen hiervon läßt es sich nicht rechtfertigen, einer Waise den Anspruch auf Waisenaussteuer lediglich deshalb zu versagen,

Digitized by Google

weil sie wegen Bezugs einer höheren Unfallwaisenrente keinen Anspruch auf Waisenrente nach dem Vierten Buche der Reichsversicherungsordnung hat. Denn die Waisenaussteuer soll, wenn beide Eheleute Versicherungsbeiträge entrichtet hatten und die Witwe wegen des auf ihrer eigenen Beitragsleistung beruhenden Invalidenrentenanspruchs einen Anspruch auf Witwenrente nicht erheben kann, neben dem Witwengeld einen Ersatz für die wegfallende Witwenrente bilden (zu vgl. Begründung zum Entwurf einer Reichsversicherungsordnung S. 368, 369). Durch die Waisenaussteuer wird also der Waise aus der Versicherung der Mutter über die Waisenrente aus der Versicherung des Vaters hinaus etwas zugewendet. Würde diese Waise auf die Waisenrente aus der Unfallversicherung des Vaters beschränkt, so stände sie nicht besser, als eine Waise, die nur aus der Unfallversicherung des Vaters Ansprüche hat. Ja ihr könnte sogar unter Umständen der Anspruch auf die höhere Unfallrente zum Nachteil ausschlagen, nämlich dann, wenn die Unfallwaisenrente nur für kurze Zeit zu zahlen geringer wäre, als die nach und ihr Betrag dem Vierten Buche der Reichsversicherungsordnung zu zahlende Waisenrente zuzüglich der Waisenaussteuer. Die Waise in solchem Falle lediglich auf die Waisenrente nach dem Vierten Buche der Reichsversicherungsordnung zu verweisen, geht schon darum nicht an, weil die Feststellung der Unfallwaisenrente nicht von einem Antrage der Waise abhängt, sondern von Amts wegen erfolgt, auch von der Versicherungsanstalt gegen den Willen der Waise betrieben werden kann und wenn sie erfolgt ist, die Einstellung der vorher nach dem Vierten Buche der Reichsversicherungsordnung gewährten niedrigeren oder gleich hohen Waisenrente nach sich zieht. Der zufällige Umstand, daß in solchem Falle eine Waisenrente nach dem Vierten Buche der Reichsversicherungsordnung festgestellt worden ist, kann aber nicht von ausschlaggebender Bedeutung sein. Denn in zahlreichen Fällen wird es unter rechtlich gleichen Verhältnissen zur Feststellung einer Waisenrente nach dem Vierten Buche der Reichsversicherungsordnung überhaupt nicht kommen, weil eine solche Feststellung nach Gewährung der höheren Unfallwaisenrente ausgeschlossen ist.

Ebensowenig wie § 1522 RVO. steht dem Anspruche des Klägers auf Waisenaussteuer § 1296 a. a. O. entgegen, auf den die Beklagte sich gleichfalls berufen hat. Denn § 1296 a. a. O., welcher vorschreibt, daß als Waisenaussteuer der achtfache Monatsbetrag der „bezogenen" Waisenrente gewährt wird, regelt nur die Berechnung der Waisenaussteuer und befindet sich demgemäß in dem Unterabschnitt IX des II. Abschnitts des Vierten Buches, welcher von der Berechnung der Versicherungsleistungen handelt, während die Voraussetzungen der Waisenaussteuer im I. und IV. Unterabschnitt in den §§ 1252, 1264 geregelt sind. Allerdings geht der § 1296 a. a. O. davon aus, daß der zum Anspruch auf Waisenaussteuer Berechtigte eine Waisenrente nach dem Vierten Buche der Reichsversicherungsordnung „bezogen" hat. Hier hat das Gesetz aber nur an den Regelfall gedacht.

Auch die Begründung zu § 1288 des Entwurfs einer Reichsversicherungsordnung (§ 1300 des Ges.) hat nur den Regelfall im Auge, wenn sie auf S. 407 die Notwendigkeit einer Vorschrift über eine Verfallsfrist bei der Waisenaussteuer im Gegensatze zum Witwengelde mit folgenden Ausführungen verneint: „Eine solche Frist ist für die Waisenaussteuer nicht vorgesehen, weil die Waisenaussteuer eine Folge der Gewährung einer Waisenrente ist; wenn eine Waisenrente nicht so rechtzeitig beantragt wird (§ 1238 des Entwurfs, § 1253 des Ges.), daß sie zur Zeit der Vollendung des fünfzehnten Lebensjahrs der Waisen läuft, so wird auch keine Waisenhaussteuer zu gewähren sein." Welche Folgerungen daraus zu ziehen sind, daß es an einer Vorschrift über den Verfall der Waisenaussteuer fehlt, wenn wegen des Bezuges einer höheren Unfallwaisenrente eine Waisenrente nach dem Vierten Buche der Reichsversicherungsordnung nicht gewährt worden ist, kann hier unerörtert bleiben. Denn es könnte sich dabei nach Lage der Sache nur um die Frage handeln, ob es genügt, daß eine Unfallwaisenrente überhaupt noch festgestellt worden ist (vgl. §§ 1548, 1549 RVO. oder ob ihre Gewährung innerhalb der für Waisenrenten nach dem Vierten Buche der Reichsversicherungsordnung geltenden Ausschlußfrist des § 1253 a. a. O. beantragt sein muß. Im vorliegenden Falle wäre auch die kürzere Frist des § 1253 a. a. O. gewahrt.

Der Berechnung der dem Kläger nach alledem zustehenden Waisenaussteuer war gemäß § 1296 a. a. O. die Waisenrente zugrunde zu legen, die der Kläger zu beanspruchen gehabt hätte, wenn er keine Unfallwaisenrente bezogen hätte.

Digitized by Google

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Zur Ausführung des Berliner Abkommens zwischen Krankenkassen und Aerzten.

In einer Beilage zu Nr. 5 des Ministerial-Blatts der (preußischen) Handels- und Gewerbeverwaltung vom 25. Februar 1914 (S. 85 ff.) ist das Berliner Abkommen zwischen den Organisationen der Aerzte und der Krankenkassen, betreffend das Verhältnis zwischen Aerzten und Krankenkassen, vom 23. Dezember 1913 (Arb.-Versorgg. 1914 S. 50 ff.) sowie ein Erlaß des Ministers an die Oberversicherungsämter zur Ausführung des Abkommens, vom 17. Februar 1914 nebst Anlagen veröffentlicht. Die Anlagen betreffen:

1. Bestimmungen über die Führung des Arztregisters,
2. Bestimmungen über die Bildung und die Tätigkeit des Vertragsausschusses,
3. Bestimmungen über die Bildung und Tätigkeit des Schiedsamts,
4. Bestimmungen über den Zentralausschuß (Nr. 12 des Abkommens),
5. Niederschrift, betreffend die Besprechung über die Ausführungsbestimmungen zum Berliner Abkommen,
6. Wahlordnung für die Wahl der Vertreter der Aerzte und der Krankenkassen zum Ausschuß für die Auswahl der Aerzte,
7. Wahlordnung für die Wahl der Vertreter der Aerzte und Krankenkassen zum Vertragsausschuß,
8. Wahlordnung für die Wahl der Beisitzer des Schiedsamts.

In der unter 5. bezeichneten Niederschrift wurde insbesondere folgendes festgestellt:

Zu Ziff. II der Bestimmungen über den Vertragsausschuß ist bei Abs. 1 hinzufügen:

„Die Kassen und ihre Aerzte sind berechtigt, über Vertragsbedingungen zu verhandeln und das Ergebnis dieser Verhandlung dem Vertragsausschuß als Vertragsgrundlage zu unterbreiten. Dabei ist mitzuteilen, in welcher Weise das Ergebnis zustande gekommen ist.

Der Wortlaut des Vertrags wird vom Vertragsausschuß festgestellt."

Bei den Bestimmungen über das Schiedsamt ist noch hinzuzufügen:

„Wird von einer Kasse oder den im Arztregister eingetragenen Aerzten ein wichtiger Grund zur Aenderung des Arztsystems geltend gemacht und kommt es darüber zu keiner Einigung, so entscheidet das Schiedsamt über diesen Streitpunkt zunächst und gesondert von anderen Vertragsbedingungen, über die noch Streit besteht."

Dabei bestand Einverständnis darüber, daß das bloße Verlangen einer Partei nach Aenderung des Arztsystems allein noch nicht als „wichtiger Grund" im Sinne der Nr. 5 Abs. 2 des Berliner Abkommens anzusehen sei.

Weiter bestand Einigkeit darüber, daß bei der Einwirkung des Vertragsausschusses auf den Vertragsabschluß, wie sie nach der obigen Vereinbarung gestaltet ist, für den in Nr. 4 Abs. 2 des Berliner Abkommens vorgesehenen Vorbehalt einer Genehmigung durch die örtliche Arztorganisation (Vereinigung der im Bezirke zur Kassenpraxis zugelassenen Aerzte) kein Raum mehr übrig sei. Dieser Vorbehalt fällt danach weg

In dem im Eingang erwähnten Erlasse des Ministers ist u. a. bemerkt:

„Nachdem nunmehr die Voraussetzungen für die vollständige Durchführung des Berliner Abkommens gegeben sind, ersuche ich, erneut darauf hinzuwirken, daß sämtliche Krankenkassen, auf die sich das Berliner Abkommen bezieht, diesem und seinen Ausführungsbestimmungen beitreten, insbesondere die Zahlung des in Nr. 11 Abs. 3 des Abkommens vorgesehenen Zuschlags zum Arzthonorar in Höhe von 5 Pf. auf den Kopf der Versicherten alsbald übernehmen. Die Bedeutung des Berliner Abkommens beruht zu einem wesentlichen Teile darin, daß auf seiner Grundlage ein friedliches und gedeihliches Verhältnis zwischen der Aerzteschaft und den Krankenkassen angebahnt und dauernd erhalten werden soll. Daß ein solcher Zustand erreicht werde, liegt im Interesse aller Krankenkassen, auch derjenigen, die unabhängig von dem Abkommen Arztverträge abgeschlossen haben; denn auch ihnen bietet es u. a. den Vorteil, daß es ihnen eine Gewähr leistet für die Erreichung annehmbarer neuer Verträge nach Ablauf der jetzt geltenden. Es muß daher großer Wert darauf gelegt werden, daß auch die zuletzt erwähnten Kassen dem Berliner Abkommen beitreten. Wie sie sich dadurch einerseits die Vorteile sichern, die das Abkommen den Kassen bringt, übernehmen sie andererseits die Verpflichtung zur Zahlung des 5 Pf.-Zuschlages zum Arzthonorar. Sollten sich einzelne Kassen durch Verweigerung des geringfügigen Zuschlags zum Arzthonorar außerhalb des Berliner Abkommens stellen, so würde für sie daraus die Gefahr entstehen, daß ihr Verhältnis zur Aerzteschaft eine wesentliche Verschlechterung erleiden und daß namentlich die Erzielung angemessener Bedingungen bei Erneuerung der laufenden Verträge in Frage gestellt werden könnte.

Bis zum 15. April d. Js. sehe ich einem Berichte darüber entgegen, wieviel der im dortigen Bezirke vorhandenen Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen die Zahlung des Zuschlags übernommen haben. Die Angaben sind getrennt für die verschiedenen Kassenarten zu machen."

Die am Berliner Abkommen beteiligten Krankenkassen-Hauptverbände haben unterm 21. Februar 1914 Erläuterungen zu den vorbezeichneten Ausführungsbestimmungen festgestellt. Wir behalten uns vor, darauf zurückzukommen.

Abdrücke des Abkommens und der Ausführungsbestimmungen können von Carl Heymanns Verlag in Berlin W, Mauerstraße 43/44, bezogen werden.

Digitized by Google

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und deutlich zu schreiben.

Krankenversicherungspflicht eines auf mehreren Stellen beschäftigten Aufwartemädchens.

1. Nach Derne. Antwort: Ein Mädchen, das häusliche Arbeiten verrichtet, ohne aber in den Haushalt der Herrschaft aufgenommen zu sein, gilt nicht als Dienstbote und gehört daher zur Allgemeinen Ortskrankenkasse. Ist es auf mehreren Stellen beschäftigt, und zwar auf der einen an vier Vormittagen, auf der andern an sechs Nachmittagen, so bestimmt sich nach der letzteren die zuständige Kasse, falls mehrere in Frage kommen. Denn gemäß § 308 RVO. gibt in solchen Fällen die überwiegende Beschäftigung den Ausschlag. Die Beiträge sind nach den Vergütungen zu berechnen, die das Mädchen auf beiden Stellen zusammen erhält. Jeder Arbeitgeber haftet für sie voll als Gesamtschuldner (§ 396), und ist daher auch zur Anmeldung verpflichtet (vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers., Anm. 1 a zu § 417). Zweckmäßigerweise wenden sich die Arbeitgeber an dasjenige Versicherungsamt, zu dessen Bezirk die zuständige Kasse gehört, damit es auf sie die Beiträge verteile (§ 396 Abs. 2)

Zum Begriff des Dienstboten — Versicherungspflicht eines im Nebenamt tätigen Kirchendieners.

2. Nach Bomst. Antwort: a) Ein Chauffeur, der nicht in die häusliche Gemeinschaft des Arbeitgebers aufgenommen ist, sondern einen eigenen Haushalt besitzt, gilt nicht als Dienstbote. Dagegen würden wir ein Dienstmädchen, daß im Internat einer Königlichen Präparantenanstalt und des Lehrerseminars beschäftigt ist, zu den Dienstboten im Sinne der Reichsversicherungsordnung rechnen. Wir nehmen nicht an, daß diese Institute Betriebe, wie sie § 439 RVO. im Auge hat, bilden. Unter diesen sollen offenbar Inbegriffe fortdauernder wirtschaftlicher Tätigkeiten verstanden werden (vgl. hierzu auch Anleitung des Reichsversicherungsamts über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung versicherten Personen Ziff. 41 Abs. 3). Daher gehören dazu z. B. Privatpensionate; denn deren Inhaber suchen in ihrer Unterhaltung einen Erwerb. Dagegen bilden jene Internate nichts weiter, als einen gemeinschaftlichen Haushalt, der sich von anderen dadurch unterscheidet, daß er nicht auf die Mitglieder einer Familie beschränkt ist und einen größeren Umfang besitzt.

b) Ob ein Handwerker, der im Nebenamt als Kirchendiener gegen etwa 250 M. Jahresvergütung beschäftigt ist, krankenversicherungspflichtig sei, kann zweifelhaft sein. Da die einzelnen Dienstleistungen offenbar nur von geringer Dauer sind, so gelten sie als vorübergehende, und es kommt die Bundesratsverordnung vom 17. November 1913 Ziff. 3 (Arb.-Versorgg. 1913 S. 848) zur Anwendung. Danach würde die Versicherungsfreiheit bestehen, wenn der Entgelt für den Lebensunterhalt nicht wesentlich wäre. Das dürfte bei einer Summe von 250 M. vielleicht zu verneinen sein. Man wird hier die Lebenshaltung des Mannes und auch das Verhältnis zum ortsüblichen Tagelohn berücksichtigen müssen. Für die Invalidenversicherung nimmt man im allgemeinen an, daß ein Entgelt, der ein Drittel des ortsüblichen Tagelohns nicht übersteige, als geringfügig zu betrachten sei. Das kann man entsprechend für das Gebiet der Krankenversicherung annehmen.

Hausgewerbetreibende als Mitglieder einer Ersatzkasse.

3. Nach Solingen. Antwort: Ihre Anfrage ist in mehrfacher Hinsicht unklar, insbesondere da Kassensatzung und Ortsstatut nicht beiliegen. Wir können nur soviel sagen: Wenn das Ortsstatut bestimmt, daß die Hausgewerbetreibenden und ihre hausgewerblich Beschäftigten Mitglieder der Allgemeinen Ortskrankenkasse sind, so schließt das die Anwendung des § 517 RVO. nicht aus. Denn dieser enthält ja nicht mehr, wie bisher § 75 KVG., eine Befreiung von der Mitgliedschaft bei der Ortskrankenkasse, sondern läßt nur auf Antrag ein Ruhen der eigenen Rechte und Pflichten der Kassenmitglieder eintreten. Das gilt auch für Hausgewerbetreibende und ihre Beschäftigten, wenn sie Mitglieder einer Ersatzkasse sind.

Krankenversicherung der Hausgewerbetreibenden: Versicherungsfreiheit bei nur vorübergehender Beschäftigung; Geringfügigkeit des Entgelts. — Unvermögen zur Zahlung der Beiträge.

4. Nach Neugersdorf. Antwort: a) Auch für Hausgewerbetreibende gilt nach §§ 466, 168 RVO. Versicherungsfreiheit, wenn sie im Sinne der Bekanntmachung vom 17. November 1913 (Arb.-Versorgg. 1913 S. 848) nur vorübergehend beschäftigt sind. In Betracht kommt nach Ihrer Anfrage nur der Fall in Ziff. I 3 der Bekanntmachung. Es handelt sich darum, ob der Entgelt als geringfügig im Sinne dieser Bestimmung anzusehen ist. Das ist nach der Praxis des Reichsversicherungsamts regelmäßig der Fall, wenn er ein Drittel des Ortslohns nicht erreicht (vgl. Amtl. Nachr. 1903 S. 574 Nr. 1091 und 1092). Ob jene Personen eine Alters- oder Invalidenrente beziehen, die höher ist als ihr hausgewerbliches Einkommen, ist gleichgültig.

b) Daß der Ortsarmenverband für die Beiträge versicherungspflichtiger, aber zahlungsunfähiger Hausgewerbetreibender haften müsse, ist nicht bestimmt. Unter welchen Voraussetzungen der Gemeindeverband in gewissen Grenzen die Kosten der hausgewerblichen Versicherung übernehmen kann oder muß, ergibt sich aus §§ 489, 490 RVO. Die Kasse darf Versicherungspflichtige nicht im Verzeichnisse löschen, weil sie mit der Beitragsleistung rückständig und fruchtlos gepfändet sind. Sie kann nur gegebenenfalls die Ansprüche des Berechtigten auf die geschuldeten Beiträge aufnehmen (§ 223) und, wenn die Satzung es vorsieht, die Barleistungen kürzen oder einbehalten (§§ 483, 484).

c) Liegen die Voraussetzungen der Versicherungsfreiheit wegen Geringfügigkeit des Entgelts vor (vgl. oben unter a), so kann auch der Armenverband, der den Hausgewerbetreibenden unterstützt hat, von der Krankenkasse keinen Ersatz fordern. Liegen aber die Voraussetzungen der Versicherungsfreiheit nicht vor, so muß sie den Hausgewerbetreibenden in das Verzeichnis ein-

Digitized by Google

tragen (§§ 442, 443, 468). Unterläßt sie es dennoch, so kann ein Streit hierüber nur nach § 405 Abs. 2 ausgetragen werden. Wird die Kasse verurteilt, die Eintragung zu bewirken, so muß dies allerdings auf den Zeitpunkt der Anmeldung durch den Versicherungspflichtigen zurückbezogen werden (Hahn, Handb. der Krankenvers. S. 619 Anm. 3 zu § 442); aber wir nehmen nicht an, daß der Armenverband auch aus eigenem Rechte diesen Weg beschreiten und die Verurteilung der Kasse zur Eintragung erwirken kann. Er wird daher, da die Mitgliedschaft erst mit der Eintragung beginnt (§§ 442, 468), die Kasse auch nicht auf Ersatz seiner Aufwendungen für einen grundlos nicht eingetragenen Hausgewerbetreibenden belangen können.

d) Zahlt der Auftraggeber gemäß § 486 die Beiträge für seine Hausgewerbetreibenden ein, so wird dadurch selbstverständlich die unabhängig hiervon bestehende Pflicht zur Leistung der Zuschüsse nach §§ 469 ff. und zur Einreichung der Monatsliste nach §§ 473 ff. nicht berührt.

Das durch die Reichsversicherungsanstalt eingeleitete Heilverfahren bedingt nicht schlechtweg Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Krankenversicherung.

5. **Nach Essen.** Antwort: Die Einleitung eines Heilverfahrens durch die Reichsversicherungsanstalt hat nicht schlechtweg Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Krankenversicherung zur Folge. Vielmehr liegt eine solche nur dann vor, wenn der Kranke tatsächlich nicht imstande ist, zu arbeiten, oder wenn sein Zustand sich verschlimmern würde, falls er weiter arbeitete. Hingegen kann ein Heilverfahren schon dann eingeleitet werden, wenn infolge der Erkrankung Berufsunfähigkeit droht. Mag diese Voraussetzung auch schon erfüllt sein, so liegt damit noch nicht immer Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Krankenversicherung vor (vgl. preuß. Oberverwaltungsgericht in Arb.-Versorgg. 1908 S. 194). War in Ihrem Falle die Arbeitsfähigkeit an sich durch die Krankheit nicht beeinträchtigt, so braucht die Krankenkasse dem Erkrankten auch kein Krankengeld zu zahlen. Zur Ersatzleistung an die Reichsversicherungsanstalt ist sie überhaupt niemals verpflichtet, auch nicht bei Arbeitsunfähigkeit (§ 43 AVG.). Der Reichsversicherungsanstalt steht nur das Recht zu, das Haus- oder Ruhegeld, das von ihr zu gewähren ist, um das Krankengeld zu kürzen (§ 40 AVG).

Kürzung des Krankengeldes bei Doppelversicherung.

6. **Nach Posen.** Frage: Nach § 189 RVO. hat die Krankenkasse, wenn ein Versicherter Krankengeld gleichzeitig aus einer anderen Versicherung erhält, ihre Leistung so weit zu kürzen, daß das gesamte Krankengeld des Mitgliedes den Durchschnittsbetrag seines täglichen Arbeitsverdienstes nicht übersteigt. Gehören unter die Bezeichnung „andere Versicherung" auch private Unfallversicherungen, zu denen Kassenmitglieder allein Beiträge aus eignen Mitteln entrichten? Dürfen die Leistungen der Krankenkasse gekürzt werden, wenn Kassenmitglieder aus einer Privatunfallversicherung eine Entschädigung erhalten?

Antwort: Die Kürzung erfolgt auch dann, wenn Krankengeld aus einer privaten Versicherung gezahlt wird. Sie wird auch dadurch nicht ausgeschlossen, daß der Versicherte zu dieser die Beiträge allein entrichtet. Soweit ist man sich einig. Streitig ist jedoch, ob die Kürzung auch dann zulässig ist, wenn dem Versicherten freiwillig Krankengeld aus einer Versicherung gezahlt wird, oder ob Voraussetzung sei, daß ihm ein Rechtsanspruch darauf zustehe. Hahn, Handbuch der Krankenversicherung, Anm. 3 zu § 189 RVO. will die Kürzung nur bei solchen Versicherungen zulassen, die einen Rechtsanspruch gewähren. Ebenso für das alte Recht Magistrat Braunschweig in der Arb.-Versorgg. 1900 S. 292. Dagegen Hoffmann, Krankenversicherung, Anm. 3 zu § 189.

Die Mitgliedschaft bei einer eingeschr. Hilfskasse gilt als Reichsversicherung im Sinne des § 195 RVO.

7. **Nach Offenbach.** Antwort: Als eine Reichsversicherung im Sinne des § 195 RVO. muß auch die Mitgliedschaft bei einer früheren eingeschriebenen Hilfskasse gelten. Wenn auch die Fassung zu Zweifeln Anlaß geben könnte, so wird doch im allgemeinen angenommen, daß die Ersatzkassen miteinbegriffen sein sollen. So die Begründung zur Reichsversicherungsordnung, und im Anschluß daran Hahn, Handbuch der Krankenversicherung, Anm. 3a zu § 195; Hoffmann, Krankenversicherung, Anm. 5. Was aber für die Ersatzkassen gilt, muß während der Uebergangszeit bezüglich der eingeschriebenen Hilfskassen gelten. Demnach ist die Mitgliedschaft bei einer solchen auf die sechsmonatige Frist des § 195 RVO. anzurechnen.

Kosten für die durch die Polizei veranlaßte Unterbringung im Krankenhaus.

8. **Nach We.** Frage: Am 2. Februar betrank sich ein Mitglied unserer Kasse und mißhandelte seine Frau derart, daß die Polizei einschreiten mußte. Diese ließ den Mann von einem Arzt untersuchen. Er stellte eine Leberkrankheit fest und hielt Krankenhausbehandlung für notwendig. Die Polizei hat nun die Sache an die Armenverwaltung abgegeben, und diese verlangt von unserer Kasse Ersatz der Kosten. Müssen wir diese tragen, oder sind die Aufwendungen von der Polizeiverwaltung zu bestreiten? Wir sind der Auffassung, daß nur durch das Eingreifen der Polizei die Krankheit festgestellt wurde. Andernfalls würde der Mann zweifellos weitergearbeitet und nicht die Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung empfunden haben. Wenn auch eine Krankheit im Sinne der Krankenversicherung bestehen kann, ohne daß sie dem Kranken zum Bewußtsein kommt, so sind wir doch der Auffassung, daß es sich hier um eine polizeiliche Zwangsmaßnahme handelt, wofür die Polizei allein aufzukommen hat. Wir verweisen noch auf die Rekursentscheidung des Kaiserlichen Rats in Straßburg vom 18. März 1911 (Arb.-Versorgg. 1911 S. 344).

Antwort: Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß die Aufnahme im Krankenhaus lediglich im gesundheitlichen Interesse des Mitgliedes erfolgte. Für die zwangsweise Unterbringung lag kein Grund vor, da die Krankheit nicht eine allgemeine Gefahr bedeutete. Die Polizei hat lediglich den Anlaß zur Unterbringung im Krankenhaus gegeben. Von einer rein polizeilichen Zwangsmaßregel kann somit nicht die Rede sein. Eine andere Frage ist aber, ob nach der Sachlage die Armenpflege eingreifen mußte. Nur wenn eine solche Notwendigkeit vorlag, kann die Armenverwaltung Ersatz auf Grund der §§ 1531 ff. RVO. beanspruchen. Daher ist zunächst einmal festzustellen, ob die Armenverwaltung annehmen konnte, daß der Erkrankte hilfsbedürftig war. Diese Annahme war berechtigt, wenn sie nicht wußte, daß er einer Kasse angehörte und diese zur Gewährung der erforderlichen Krankenunterstützung bereit war. Aber selbst wenn Hilfsbedürftigkeit nicht vorlag, so haftet die Kasse doch aus ungerechtfertigter Bereicherung, also insoweit, als sie Aufwendungen erspart hat, die sie hätte machen

Digitized by Google

müssen, wenn sie die Krankenunterstützung, gesetz- und satzungsgemäß gewährt hätte. (Vgl. Hahn, KVG., Anm. 2 a am Ende zu § 57) Die angeführte Entscheidung des Kaiserlichen Rats in Straßburg paßt nicht, weil in dem darin behandelten Falle die Unterbringung erfolgte, um eine Ansteckung anderer Personen durch die erkrankte zu verhüten; es handelte sich also um einen Akt der Gesundheitspolizei.

Uebernahme freiwilliger Mitglieder der geschlossenen Gemeindekrankenversicherung durch die allgemeine Ortskrankenkasse.

9. Nach W. Fragen: a) Können ein Geschäftsführer und ein Kassierer einer größeren kaufmännischen Gesellschaft, die über 2500 M. Jahresgehalt haben und deshalb nicht mehr krankenversicherungspflichtig sind, bei der an Stelle der bisherigen Gemeindekrankenversicherung ins Leben getretenen allgemeinen Ortskrankenkasse als Pflichtmitglieder weitergeführt werden, oder ist es erforderlich, daß sie sich als freiwillige Mitglieder anmelden und zu diesem Zwecke das satzungsgemäß vorgeschriebene ärztliche Gesundheitszeugnis einreichen? Die Satzung der Kasse billigt den freiwilligen Mitgliedern nur ärztliche Behandlung und Arzneien also kein Krankengeld zu, ermäßigt dafür aber die Beiträge. Die beiden Personen verlangen als Pflichtmitglieder fortgeführt zu werden, weil sie als solche auch von der am 31. Dezember 1913 geschlossenen Gemeindekrankenversicherung gehört worden seien.

b) Ist es mit den gesetzlichen Bestimmungen vereinbar, wenn der Kassenvorstand beschließt, die bisher der Gemeindekrankenversicherung freiwillig angehörenden Personen ohne weiteres als freiwillige Mitglieder überzuleiten und ihnen auch die vollen Leistungen (also auch Krankengeld) zu gewähren, wenn diese Personen einen Antrag auf Fortführung bei der Kasse stellen? Nach unserer Satzung zahlen die freiwilligen Mitglieder nur zwei Drittel von den auf drei Prozent vom Ortslohn bemessenen Beiträgen, erhalten dafür aber nur freie ärztliche Behandlung und Arzneien, an deren Stelle ev. Krankenhausverpflegung ohne Hausgeld tritt.

Antwort: Zu a). Die bezeichneten Personen waren und sind nicht versicherungspflichtig (§ 2b KVG; § 165 Abs. 2 RVO). Wenn sie bei der Gemeindekrankenversicherung als Pflichtmitglieder geführt worden sind, so ist das zu Unrecht geschehen; sie konnten nur auf Grund des § 11 KVG. freiwillige Mitglieder sein. Als solche haben sie nach § 300 RVO. mit Art. 14 Einf.-Ges. „das Recht auf Mitgliedschaft" bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse und setzen, wenn sie davon Gebrauch machen, ihr bisheriges Versicherungsverhältnis „unmittelbar" fort. Eines eigentlichen Beitritts im Sinne des § 310 bedarf es hiernach nicht, insbesondere nicht der Beibringung eines Gesundheitszeugnisses. (Näheres bei Hahn, Handb. der Krankenvers., S. 388 Anm. 2 zu § 289). Deshalb können sie auch nicht, unter Ermäßigung der Beiträge, nur auf Krankenpflege (ohne Krankengeld) beschränkt werden; denn diese Vorschrift — § 215 Abs. 2, 3 — gilt erst vom 1. Januar 1914 für solche, die der Versicherung freiwillig beitreten, also nicht für solche, die schon beigetreten waren und das bisherige Versicherungsverhältnis nur über den 31. Dezember 1913 hinaus fortsetzen (Arb.-Versorgg. 1914 S. 27 Ziff. 2).

Zu b) Daraus ergibt sich, daß der vom Kassenvorstand allgemein eingenommenen Standpunkt der richtige ist.

Das Recht der Weiterversicherer zum Uebergang in eine niedrigere Klasse während der Uebergangszeit.

10. Nach Würzburg. Antwort: Der Uebertritt desjenigen, der sich freiwillig weiter versichert, eine niedere Klasse kann jeder Zeit erfolgen, auch noch, nachdem er bereits einige Zeit freiwilliges Mitglied in einer höheren Klasse gewesen ist. Daher muß dieses Recht auch denjenigen zugestanden werden, die bereits vor dem 1. Januar 1914 sich freiwillig weiterversichert hatten. Sind sie an diesem Tage infolge Schließung der Gemeindekrankenversicherung zur Allgemeinen Ortskrankenkasse übergegangen, so haben sie ihr Versicherungsverhältnis bei dieser unmittelbar fortgesetzt. Sie können daher das Klassenwahlrecht nach § 313 Abs. 1 Satz 2 RVO. ausüben. Nach Art. 14 Einf.Ges. z. RVO. gilt hier § 300 RVO.

Krankenversicherungspflicht des Begleiters eines umherziehenden Drehorgelspielers.

12. Nach Gebweiler. Antwort: Ein Drehorgelspieler, der von Ort zu Ort zieht, betreibt nach § 55 Gew.O. ein Wandergewerbe. Denn er bietet außerhalb seines Gemeindebezirkes ohne Begründung einer gewerblichen Niederlassung und ohne vorgängige Bestellung Musikaufführungen dar, bei denen ein höheres Interesse der Kunst nicht obwaltet. Daher ist der junge Mann, der ihm gegen Vergütung die Drehorgel trägt oder dreht und die Almosen einsammelt, krankenversicherungspflichtig.

Wie erfolgt in Preußen die Anstellung eines Kassenbeamten mit Ruhegehalt?

13. Nach Illingen. Antwort: Da der Rendant gemäß § 359 Abs. 1 RVO. mit Anspruch auf Ruhegehalt angestellt werden soll, wird er, weil in Preußen den so angestellten Personen die Rechte und Pflichten gemeindlicher Beamten übertragen werden sollen (vgl. Erlaß vom 1. Dezember 1913, hier S. 14), nicht unter die Dienstordnung fallen (§ 351 Abs. 1). Die Dienstordnung hat daher zwar allgemein zu bestimmen, daß und unter welchen Bedingungen Ruhegehalt gewährt wird (§ 353 Ziff. 3), im übrigen aber Bestimmungen über das Dienstverhältnis des Rendanten nicht aufzunehmen. Für die Besetzung der Stelle, d. h. nur für die Auswahl der Person gilt dann § 349, wonach nur der Vorstand — nicht der Ausschuß — zu beschließen hat, und zwar in getrennter Abstimmung; der Abschluß des Vertrages mit dem Gewählten, also die für beide Teile verbindliche Feststellung der Rechte und Pflichten, insbesondere der Dienstbezüge, Pension usw., erfolgt gleichfalls nur durch den Vorstand, jedoch mit Genehmigung des Oberversicherungsamts (§ 359 Abs. 1). Dieses hat insbesondere zu prüfen ob die Bedingungen, unter denen nach der Dienstordnung die Anstellung mit Ruhegehalt erfolgen darf, eingehalten sind. Abgesehen von der Beschlußfassung über die Dienstordnung (§ 355 Abs. 2), hat also hier überall der Ausschuß nicht mitzuwirken. Ein solches Recht kann auch nicht daraus hergeleitet werden, daß der Ausschuß den Voranschlag festzusetzen hat (§ 345 Abs. 2 Ziff. 1). Denn hierbei ist er an Gesetz und Satzung gebunden. Wenn also in dem Voranschlag die vertragsmäßigen Bezüge für den Rendanten, wie sie unter Beachtung der gesetzlichen Vorschriften festgestellt sind, aufgenommen werden, so darf der Ausschuß diesen Ausgabeposten nicht streichen. Näheres s. bei Hahn, Handbuch der Krankenvers. S. 466 Anm. 2 zu § 345 Ziff. 1.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Dippe**, Geh. Justizrat **J. Hahn**, Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat und Vortr. Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe Dr. **Hoffmann**, Geh. Reg.-Rat und Vortr. Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. **Laß**, Rat Dr. **Olshausen**, Geh. Rat Prof. Dr. **Rosin**, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. **K. Weymann**, Geh. Reg.-Rat Dr. **Zacher** u. anderen namhaften Fachmännern.
herausgegeben von
A. Troschel.

XXXI. Jahrgang. **21. März 1914.**

Redaktion:	**Nr. 9**	**Verlag und Expedition:**
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung A. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Nochmals: Die Zurückverweisung von Rentensachen an die Landesversicherungsanstalt.

Von Regierungsrat **Schlenther** in Breslau.

In Nr. 3 des neuen Jahrgangs dieser Zeitschrift (S. 59 ff.) ist von einem leider ungenannten Verfasser[1]) über die Zurückverweisung von Rentensachen durch das Oberversicherungsamt an die Landesversicherungsanstalt nach § 1690 RVO. ein Aufsatz veröffentlicht worden, dessen rechtliche Ausführungen nicht minder wie seine praktischen Ergebnisse den Widerspruch herausfordern. Es sei daher gestattet, die Frage hier nochmals zu behandeln, obwohl sie bei der verhältnismäßigen Seltenheit der Zurückverweisungen nicht von bedeutender praktischen Tragweite sein dürfte.

Der Inhalt des Aufsatzes sei zunächst kurz skizziert. Er geht davon aus, daß die Landesversicherungsanstalt im eigentlichen Rentenverfahren die Stellung eines Richters habe, ihr Bescheid sei ein richterliches Urteil, ihre Tätigkeit bei der Entscheidung eine richterliche Tätigkeit. Das ergäbe sich daraus, daß für die Landesversicherungsanstalten noch weniger als für die Berufsgenossenschaften die Auffassung zuträfe, daß sie als Parteien anzusehen seien. Denn noch weniger als die letzteren hätten die Landesversicherungsanstalten an der Rentenbewilligung ein pekuniäres Interesse. Aus dieser Stellung folge, daß die Landesversicherungsanstalten zur Aufklärung der Rentensachen kraft eigenen Rechtes nicht befugt seien. Vielmehr habe diese Aufgabe das Versicherungsamt. Wenn also die Versicherungsanstalten ihrerseits Sachaufklärungen vornähmen, was freilich durchaus nicht unerwünscht sei, so sei das eine nur freiwillige Leistung, die überdies noch dadurch illusorisch gemacht werden könne, daß „keine Behörde verpflichtet sei, entsprechenden Ersuchen der Landesversicherungsanstalt Folge zu leisten, niemand sich als Zeuge vernehmen zu lassen brauche und der Antragsteller keine Rechtsnachteile erleide, wenn er der Aufforderung der Versicherungsanstalten zu einer Untersuchung oder Beobachtung nicht Folge leiste". Die Zurückverweisung sei deshalb insbesondere wegen mangelnder Aufklärung des Sachverhalts nicht zulässig und praktisch könne sie außerdem entweder mit der Revision oder mit der einfachen Ignorierung des Urteils des Oberversicherungsamts beantwortet werden, indem die betroffene Versicherungsanstalt ohne neue Sachaufklärung, überhaupt ohne sich um

[1]) Anmerkung der Schriftleitung: Der Aufsatz ist uns von einem erfahrenen Praktiker und geschätzten Schriftsteller zugegangen. Seinen Wunsch, nicht genannt zu werden, hatten wir selbstverständlich zu beachten, ohne uns in Vermutungen über die Gründe zu ergehen. Aber das dürfen wir wohl annehmen, daß er — wie wir selbst — Widerspruch gegen seine Ausführungen erwartet hat; und wir freuen uns, diese Erwartung so bald erfüllen zu können durch die vorliegende Erwiederung, der wir im wesentlichen zustimmen.

Digitized by Google

den Inhalt des Urteils zu kümmern, einen neuen gleichlautenden Bescheid erlassen könne, da Sachaufklärungen eben nicht Sache der Anstalt, sondern des Versicherungsamts seien. Zulässig seien Zurückverweisungen nur wegen formeller Mängel, z. B. Unterlassung der Begründung, oder wegen unzureichender Begründung, überhaupt aber nur bei groben, offensichtlichen Mängeln, da „die Landesversicherungsanstalt an die Rechtsauffassung des Oberversicherungsamts nicht gebunden" sei. Letzteres ergäbe sich daraus, daß § 1715 für die Zurückverweisungen des Oberversicherungsamts nicht gelte.

Die Stellung der Landesversicherungsanstalten wie der Berufsgenossenschaften im eigentlichen Rentenverfahren den Versicherten gegenüber ist eine durchaus noch nicht geklärte. Die auch von dem Aufsatze zitierte Begründung sagt höchst vorsichtig: „Der Gesetzgeber erblickte in den Versicherungsträgern nicht die Partei, mindestens nicht lediglich, oder in erster Linie, sondern vornehmlich" — nicht, wie man erwarten könnte, den Richter, sondern — „die öffentlichrechtliche Körperschaft". Es ist durchaus zutreffend, daß die Bescheide der Versicherungsträger, wenn sie nicht innerhalb der vorgeschriebenen Frist angefochten werden, Rechtskraft erlangen, also eine Wirkung haben, die in der Regel nur richterlichen Urteilen zukommt. Ebenso unzweifelhaft ist aber auch, daß derselbe Versicherungsträger im Rechtsmittelverfahren Partei, und nur Partei ist[1]). Die Rechtskraftfähigkeit der Bescheide des Versicherungsträgers im Rentenverfahren erscheint mir daher als Ausnahme der Parteistellung. Wenn ich ihm deshalb auch die Stellung „eines Richters" im Rentenverfahren nicht einzuräumen vermag, obwohl ich zugebe, daß einem unangefochtenen Bescheide tatsächlich richterliche Wirkungen zukommen, so möchte ich nur beiläufig darauf hinweisen, daß jedenfalls die Ansicht des Aufsatzes, die Versicherungsträger insbesondere die Versicherungsanstalten seien deshalb nicht Partei, weil sie ein nennenswertes pekuniäres Interesse an der Rentenbewilligung nicht hätten, insofern schief ist, als es auf das pekuniäre Interesse gar nicht für die Beurteilung der Parteifrage ankommt, außerdem aber ein solches — im Hinblick auf die Gemeinlast — bei jeder Rente vorliegt.

Indessen will ich mich für die nachfolgenden Darlegungen auf den Standpunkt stellen, als sei wirklich dargetan, daß der Versicherungsträger, wenigstens im Rentenverfahren, richterliche Funktionen ausübe. Ist damit die Schlußfolgerung, die der Aufsatz zieht, gerechtfertigt? Sehr richtig hebt der Aufsatz hervor, daß die Versicherungsanstalt dem Versicherungsamt keine Anweisungen zu erteilen hat, da die Landesversicherungsanstalt nicht vorgesetzte Behörde oder übergeordnete Instanz des Versicherungsamts ist. Die Bemerkung jedoch, daß § 1571 Abs. 2 nur für die Berufsgenossenschaften, nicht für die Versicherungsanstalten gelte, ist insofern mißverständlich, als daraus der irrige Schluß gezogen werden könnte, als seien die Berufsgenossenschaften ihrerseits wegen ihrer Befugnis, eidliche Zeugenvernehmungen zu beanspruchen, eine Art vorgesetzter Dienstbehörde der Versicherungsämter. Daß das nicht der Fall ist, bedarf keiner Erörterung. Aus dieser den Versicherungsanstalten gegenüber unabhängigen Stellung der Versicherungsämter folgert nun der Aufsatz, daß die Landesversicherungsanstalt auch im Wege der Rechtshilfe (§ 115 RVO.) nicht in der Lage sei, das Versicherungsamt zu weiteren Ermittlungen zu veranlassen, weil sie — als Richter — nicht befugt sei, solche Ermittlungen vorzunehmen. „Aus dem Umstande, daß eine bestimmte Stelle Richter ist, ergibt sich nicht das Recht für diese Stelle, den Tatbestand aufzuklären. Das wird besonders deutlich ... (im Zivilprozeß) ... wo der Richter nicht die objektive Wahrheit erforscht, sondern von den Parteianträgen abhängig ist. Und wo nach anderen Gesetzen der Richter die Sachlage aufzuklären hat, ist ihm dieses Recht und diese Pflicht durch besondere gesetzliche Bestimmung auferlegt." Daran fehle es hier für die Versicherungsanstalten, während die §§ 1652, 1679 RVO. für das Spruchverfahren der Versicherungsämter und Oberversicherungsämter jene Pflicht besonders vorschrieben. Diese Bestimmungen seien überflüssig, wenn man aus der Richtereigenschaft allein das Vorhandensein von Recht und Pflicht zur Aufklärung des Tatbestandes schließen wollte.

Gesetzt, die Versicherungsanstalt ist wirklich

[1]) Die Versicherungsanstalt bleibt natürlich trotzdem die „öffentlich-rechtliche Körperschaft".

Digitized by Google

Richter erster Instanz: so folgte daraus meines Erachtens, daß sie in dieser Eigenschaft den Versicherungsämtern als Spruchinstanzen in Krankenkassensachen gleichgestellt wären. Diese haben aber, auch nach Ansicht des Aufsatzes, die Pflicht völliger Sachaufklärung. Im Wesen des Richters liegt aber doch nicht, daß er, wie im Zivilprozeß, an die Parteianträge gebunden ist, sondern im Wesen des Richters liegt vielmehr die Erforschung der objektiven Wahrheit, wie im Strafprozeß. Seine Stellung im Zivilprozeß ist Ausnahme, nicht Regel. Die Anwendung zivilprozessualer Gedankengänge auf die öffentlich-rechtlich zu beurteilenden Verhältnisse des sozialen Versicherungsrechts erscheint deshalb abwegig. Ist die Versicherungsanstalt Richter und den Versicherungsämtern in Krankenkassensachen gleichstehend, so hat sie auch ihrerseits für erschöpfende Sachaufklärung zu sorgen, unabhängig von der Verpflichtung der Versicherungsämter bei ihrer gutachtlichen Tätigkeit dasselbe Ziel im Auge zu behalten. Daß die Ansicht des Aufsatzes, der Versicherungsträger habe lediglich das ihm vom Versicherungsamt vorgelegte Material zu einer Entscheidung in Gestalt eines „Bescheides" zu verarbeiten, falsch sein muß, ergibt sich meines Erachtens schon aus dem Umstande, daß die Ermittlungstätigkeit des Versicherungsamts in Unfallsachen eine Schranke findet in § 1598, wodurch dem Versicherungsamt in diesen Sachen jedenfalls eine erschöpfende Aufklärung objektiv unmöglich gemacht ist, sobald sie kostspielig sein würde. Für Invalidensachen besteht allerdings eine solche stark einschränkende Bestimmung nicht. Trotzdem werden die Versicherungsämter auch in Invalidensachen mit der Anordnung von langdauernden Beobachtungen usw., die doch auf Kosten des Versicherungsträgers erfolgen würde — § 97 der Verordnung für die Versicherungsämter — zweckmäßig zurückhaltend sein und derartige Ermittlungen dem Versicherungsträger selbst überlassen.

Diese Eigenschaft der Versicherungsanstalt als Versicherungsträger darf über der richterlichen nicht vergessen werden, und das tut der in Rede stehende Aufsatz. Ist sie bei Erteilung des Bescheides Richter, so ist sie jedenfalls während des eigentlichen Feststellungsverfahrens Versicherungsträger und als solcher zur erschöpfenden Sachaufklärung genötigt. Wollte man also auch aus dem Wesen des Richters heraus dessen Pflicht zu erschöpfender Sachaufklärung nicht entnehmen, so muß diese Pflicht geschlossen werden aus der Aufgabe des Versicherungsträgers, die diese Körperschaft zu der „richterlichen" Tätigkeit der Bescheiderteilung erst veranlaßt.

Welche Bedeutung hat hiernach die Zurückverweisung gemäß § 1690 RVO.? Zunächst geht aus der Bestimmung selbst hervor, daß die Zurückverweisung nur zulässig ist, wenn ein „wesentlicher Mangel" vorliegt. Die von dem Aufsatze am Ende noch erwähnten Entscheidungen des Reichsversicherungsamts Ziff. 1751, 1752 (auch 1784) stellen fest, daß die Frage der Zweckmäßigkeit der Zurückverweisung in der Revisionsinstanz nicht nachzuprüfen ist, wenn dem Urteil des Oberversicherungsamts darin beizutreten ist, daß tatsächlich ein wesentlicher Mangel vorliegt, und mangelnde Sachaufklärung wird als „wesentlicher" Mangel anerkannt. Die Zurückverweisung wegen unterlassener Beweiserhebung hätte allerdings unzweifelhaft dann keinen Zweck, wenn die Ansicht des Aufsatzes richtig wäre, daß die Landesversicherungsanstalt als solche zu einer Beweiserhebung gar nicht befugt, diese vielmehr in das freie Ermessen des Versicherungsamts gestellt sein sollte. Aus den vorangegangenen Darlegungen dürfte sich aber ergeben, daß diese Ansicht nicht zutreffend ist. Die Landesversicherungsanstalt hat vielmehr nicht nur das Recht, sondern die Pflicht zu voller Aufklärung des Sachverhalts, unabhängig davon, ob das Versicherungsamt nicht bereits selbst diese Aufklärung hätte vornehmen können und müssen. Die Befugnis, das Versicherungsamt auf Grund des § 115 um weitere Aufklärungen zu ersuchen, die Befugnis den Rentenbewerber auch ohne Vermittlung des Versicherungsamts in ein Krankenhaus zur Beobachtung zu überweisen, hat die Landesversicherungsanstalt meines Erachtens wenn nicht als Berechtigung des „Richters", so doch als Recht des Versicherungsträgers. Die Ansicht des Lehmannschen Kommentars, daß die Versicherungsanstalt auf Grund des § 115 auch von dem Versicherungsamte Sachaufklärung verlangen kann, halte ich im Gegensatz zu den Ausführungen des Aufsatzes für zutreffend. Daß die Landes-

Digitized by Google

versicherungsanstalt mit einem solchen Ersuchen nicht im Vollzuge des Gesetzes handele, dürfte mit dem Hinweis auf ihre Eigenschaft als Versicherungsträger bereits widerlegt sein.

Was schließlich die Frage angeht, inwieweit die Landesversicherungsanstalten an das zurückverweisende Urteil des Oberversicherungsamts gebunden sei, so ist dem Aufsatze zunächst darin beizutreten, daß diese an die Rechtsauffassung des Oberversicherungsamts allerdings nicht gebunden erscheint. Eine solche kommt aber in einem Zurückverweisungsurteil doch nur insofern zum Ausdruck, als der Begriff des „wesentlichen Mangels" vom Oberversicherungsamt anders ausgelegt werden kann, als von der Landesversicherungsanstalt. Besteht aber darin keine Meinungsverschiedenheit, oder ist diese durch ein Revisionsurteil des Reichsversicherungsamts zugunsten des Oberversicherungsamts entschieden, so ist das Weitere keine Rechts- sondern eine Tatfrage. Auch der in Rede stehende Aufsatz scheint es als selbstverständlich anzusehen, daß eine Zurückverweisung etwa deswegen, weil der Bescheid ohne jede Begründung erlassen ist, zu beachten wäre, indem ein neuer Bescheid mit Begründung erlassen werden muß. Ist dies aber selbstverständlich, so vermag ich einen Begriffsunterschied zwischen einer Zurückverweisung aus diesem Grunde oder wegen mangelnder Sachaufklärung nicht zu erblicken und vermag deshalb auch nicht zu erkennen, weshalb eine Zurückverweisung aus dem einen Grunde beachtlich, die aus dem anderen dagegen unbeachtlich wäre. Denn daß die mangelnde Sachaufklärung an sich einen wesentlichen Mangel darstellt, bestreitet jener Aufsatz anscheinend auch nicht, er will nur dartun, daß zur Heilung dieses Mangels nicht die Landesversicherungsanstalt zuständig und deshalb von der Zurückverweisung nicht betroffen sei. Das dies irrig ist, glaube ich nachgewiesen zu haben.

Als Ergebnis der Erörterungen möchte ich feststellen, daß die Versicherungsanstalten als Versicherungsträger berechtigt sind, eigene Sachaufklärungen durchzuführen und sich gegebenenfalls der Versicherungsämter auf Grund des § 115 zu bedienen; daß die Zurückverweisungen nur wegen Mangels des Verfahrens — nicht etwa auch wegen Ueberschreitung des Beweiswürdigungsrechts — zulässig sind, so daß der Umstand, daß § 1715 für die Urteile der Oberversicherungsämter nicht gilt, kein Anlaß sein kann, ein Zurückverweisungsurteil praktisch zu ignorieren.

Die Einführung der Arbeiterversicherung in Rußland.

Von **Friedr. Kleeis** in Halle a. S.

Am 1. Januar 1913 ist das neue Arbeiterversicherungsgesetz in Rußland in Kraft getreten. Rußland hat damit den ersten Schritt auf einer Bahn getan, die von anderen Staaten, insbesondere von Deutschland, längst und klar vorgezeichnet ist. Die russische Gesetzgebung lehnt sich auch an die Deutsche ausdrücklich an, obwohl sie hinter dem Vorbild weit zurückbleibt.

Die Durchführung der neuen russischen Arbeiterversicherung geht — nach Zeitungsmeldungen — nur sehr langsam vorwärts. War auch für die Errichtung der verschiedenen Institutionen von der Gesetzgebung selbst keine bestimmte Frist gesetzt, so nahm man doch an, daß wenigstens bis zu Beginn des Jahres 1914 alle Krankenkassen organisiert sein werden, deren Zahl auf annähernd 4000 geschätzt wurde. In Wirklichkeit wurden bis zum Dezember 1913 nicht mehr als 1824, also rund 50 % aller Kassen, errichtet. Diese 1824 angeblich schon organisierten Kassen umfassen 1382000 Versicherte. Da im allgemeinen etwas mehr wie 2 Mill. (genau gerechnet 2051000) Arbeiter versichert werden sollen, so bedeutet die Zahl der bereits versicherten etwa 60 % der Gesamtheit der zu versichernden Personen.

Diese Zahlen sind von der Regierung in der Duma und in den Regierungsblättern veröffentlicht worden. Es wurde hinzugefügt, daß alles gut verläuft und daß die Arbeiterversicherung schon eigentlich im Gange sei. Es gibt aber eine große Anzahl von Leuten, die das anzweifeln und von einem Mißerfolg

Digitized by Google

sprechen. Die Sache sei die, daß die angegebenen Zahlen nicht stimmen. Wie aus den weiteren Angaben des Regierungsblattes selbst hervorgeht, ist in 16,7 % der Fälle nur erst die Wahl der „Bevollmächtigten", das sind die Vertreter der Arbeiterschaft und der Angestellten, vorgenommen worden. Diese Vertretungen haben die wichtigsten Funktionen zu erledigen. Sie haben die Satzungen zu begutachten usw. So kommt es, daß tatsächlich erst etwa 13 % der Kassen ihre Funktionen aufgenommen haben.

Die Errichtung der Krankenkassen und die Gewährung der ärztlichen Hilfe an die Versicherten muß in Rußland wegen der eigentümlichen Verhältnisse des Landes originellere Formen annehmen. Träger der Krankenversicherung sind örtliche Krankenkassen (die auf den Grundsätzen der Gegenseitigkeit und Selbstverwaltung beruhen) und Fabrikkrankenkassen. Die Zahl der Betriebskrankenkassen wird bedeutend überragen. Nach den gesetzlichen Bestimmungen soll bei jeder Fabrik, die mindestens 200 Arbeiter beschäftigt, eine eigene Krankenkasse errichtet werden. Da der größte Teil der russischen Industrie in der Form des Großbetriebs geführt wird, sich die Versicherung auch nur auf die gewerblichen Arbeiter erstreckt, ist die Ueberlegenheit der Fabrikkrankenkassen von selbst gegeben.

Die Statuten der örtlichen Krankenkassen werden von den Behörden, die der Betriebskrankenkassen werden vom Unternehmer ausgearbeitet, wobei den Arbeitern nur ein geringer Einfluß eingeräumt ist. Die Verwaltung der Kassen führt die Generalversammlung und deren Ausschuß. In der Generalversammlung haben die Arbeiter drei Fünftel, die Unternehmer zwei Fünftel der Stimmen. Diese Gruppierung entspricht nach dem Vorbilde der deutschen Krankenversicherung der Verteilung der Beitragslast. Die Arbeiter haben drei, die Unternehmer zwei Fünftel Beitragsanteil zu tragen. Der Ausschuß setzt sich aus den von der Generalversammlung gewählten Vertretern zusammen. Bei den Betriebskrankenkassen führt der Unternehmer den Vorsitz.

Um die Wahlen der erwähnten Vertreter haben heftige Kämpfe getobt. Das hat zum Teil seinen Grund darin, daß die gesamten Aktionen (und auch die Generalversammlung der Kasse selbst!) den allgemeinen Gesetzen über das Vereins- und Versammlungswesen unterstellt sind. Danach müssen die Versammlungen bei der Polizei angemeldet werden. Diese entsendet jedesmal einen Vertreter, der das Recht hat, die Versammlung ohne Angabe von Gründen aufzulösen. Die Arbeiter glauben beobachtet zu haben, daß die Regierungsorgane der Selbstbetätigung der Arbeiter unüberwindliche Schwierigkeiten entgegenstellen. Demgegenüber ist die Organisation der Unternehmer eine sehr straffe. So ist es gekommen — und das ist für den Gang der Dinge charakteristisch —, daß die meisten der bereits organisierten Kassen auf das Land entfallen. In industriellen Gebieten, wie z. B. in Petersburg, Moskau, Warschau, ist so gut wie noch nichts geschehen. Das erklärt sich erstens aus der stärkeren Organisation der Arbeitgeber, zweitens aus der größeren Aufgeklärtheit der Arbeiter in diesen Gebieten. Solange die gegenseitigen Streitigkeiten nicht erledigt sind, kann keine Kasse gegründet werden. Unter anderem wird von einem besonders heftigen Konflikt in Warschau berichtet, wo die Regierung einer nach langen Mühen zwischen den Unternehmern und den Arbeitern erzielten Uebereinkunft entgegentrat. Auch wird von der Verhaftung von Funktionären der Krankenkassen in den großen Städten berichtet. Sogar Verbannungen sollen vorgekommen sein. Tatsache ist weiter, daß auch einige Arbeiterzeitungen konfisziert und ihre Redakteure und Kolporteure verhaftet wurden. Nach diesen Vorgängen ist es kein Wunder, wenn die Arbeiter dem neuen Gesetz recht abgeneigt gegenüber stehen.

Die Arbeiter streben fast überall nach Ortskrankenkassen. Dagegen sind die Betriebskrankenkassen, die vom Gesetz begünstigt werden, den Unternehmern lieber. Das ist einer der Gründe, weshalb die Parteien nicht zu einer Einigung kommen. Eine große Schwierigkeit schafft auch der Umstand, daß es bisher Krankenkassen unter den russischen Arbeitern so gut wie gar nicht gab, außer in Polen und im Ural, wo sie aber durch örtliche Verhältnisse in einer Weise bedingt waren, die ihre Uebertragung auf die großrussische Industrie nicht ohne weiteres möglich macht. Außerdem möchten die Arbeiter die Organisation der ärztlichen Hilfe in ihre

Digitized by Google

Hand bekommen. Aber auch das betrachten die Unternehmer als ein Vorrecht. Sie stützen sich hierbei auf die seitherigen Einrichtungen. Während einer Choleraepidemie erließ der Ministerat „als zeitweilige Verordnung" den Befehl, bei den Fabriken Krankenhäuser anzulegen, die auf je 100 Arbeiter ein Bett aufweisen mußten. Später wurde bestimmt, daß diese Verordnung unbegrenzte Dauer habe, so daß sie noch heute gilt. Zu all dem kommt noch die bekannte Schwerfälligkeit der russischen Behörden. In weiten Kreisen wird befürchtet, daß der Mißerfolg des neuen Gesetzes kein vorübergehender, sondern ein dauernder ist. Das ist letzten Endes auf die gesamten politischen Verhältnisse Rußlands zurückzuführen.

Wann der zweite Teil des Versicherungsgesetzes — die Unfallversicherung — durchgehends seine Verwirklichung finden wird, ist noch nicht feststehend. Die Organisation dieser Versicherung liegt vollständig in den Händen der Unternehmer. Die Arbeiter sind von der Verwaltung der Berufsgenossenschaften — ganz wie in Deutschland — grundsätzlich ausgeschlossen. Doch können sie in gewissen Fällen zu Rate gezogen werden. Nur in zwei oder drei aus insgesamt zwölf Bezirken sind die Vorarbeiten soweit gediehen, daß die Anwendung der Vorschriften des Gesetzes in nächster Zeit erfolgen kann.

Die oberen Organe des Versicherungswesens sind für die beiden Hauptzweige der Versicherung (Kranken- und Unfallversicherung) dieselben, nämlich für jedes Gouvernement ein Versicherungsamt aus Vertretern der Behörden, des Semstwo, der Städte, der Unternehmer und Arbeiter, in dem der Gouverneur den Vorsitz führt. Die oberste Leitung führt der dem Handels- und Industrieministerium angegliederte Versicherungsrat, dessen Vorsitzender der Minister selber ist und in den auch Vertreter der Hauptinteressenten aufgenommen werden. Auch diese Organisation der Versicherungsbehörden ist noch nicht allenthalben vollendet.

Nach alledem wird noch eine geraume Zeit vergehen, bevor der gesamte Apparat einigermaßen in Gang gesetzt sein wird.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Ist die Versicherungsberechtigung derjenigen erloschen, die schon vor dem 1. Januar 1914 mehr als 4000 M. Einkommen hatten?

Entscheidung des **Versicherungsamts Guben** vom 26. Februar 1914.

Die Stimmen der Versicherungsämter, deren Rechtsempfinden sich gegen die Bejahung der Frage auflehnt, mehren sich. Wir verweisen auf S. 159 und heben aus den Gründen der Entscheidung des Versicherungsamts Guben das Wesentliche heraus.

Darüber, wie die Versicherung von Mitgliedern, deren Gehalt vor dem 1. Januar 1914 bereits 4000 M. überstiegen hat, zu behandeln ist, sagt die Reichsversicherungsordnung nichts. Es ist in § 178 RVO. nur gesagt, daß die Versicherungsberechtigung in allen Fällen erlischt, wenn das regelmäßige jährliche Gesamteinkommen 4000 M. übersteigt. In der Literatur stehen sich die Ansichten darüber, wie diese Bestimmung anzulegen ist, schroff gegenüber. Hoffmann will das Erlöschen der Mitgliedschaft auch auf die vor dem 1. Januar 1914 entstandenen Rechtsverhältnisse anwenden, während Hahn und Mayer dies ablehnen. Der Standpunkt der beiden letzten verdient gegenüber der Hoffmannschen Ansicht den Vorzug. Der Hoffmannsche Standpunkt bedeutet eine große Härte gegenüber denen, die unter der Herrschaft des alten Rechts bei einem Jahreseinkommen von mehr als 4000 M. Mitglieder der Krankenkasse gewesen sind. Sie würden für ihre Beitragsleistungen kein gleichwertiges Entgelt haben. Denn durch die Beiträge sollte nicht nur während der Dauer von zehn Jahren ein Recht auf die Gegenleistungen der Krankenkasse erworben werden, sondern es sollte für die Zukunft fortbestehen. Mit Rücksicht auf die zehnjährige Dauer würde ein plötzliches Aufhören der Versicherungsberechtigung einen erheblichen Verlust für die früheren Mitglieder der Krankenkasse bedeuten. Das Ergebnis kann vom Gesetzgeber nicht gewollt sein. Sollte es eintreten, so mußte er es klar

Digitized by Google

aussprechen. Wenn er dies unterläßt, so müssen die allgemeinen Grundsätze, die beim Inkrafttreten neuer Gesetze stets zu beachten sind, auch hier angewendet werden. Das bedeutet, daß die Versicherungsberechtigung der Mitglieder, die sie selbst bei einem Einkommen von mehr als 4000 M. unter der Herrschaft des alten Gesetzes erworben haben, durch die Reichsversicherungsordnung nicht aufgehoben werden soll. § 178 RVO., der vom Erlöschen der Versicherungsberechtigten handelt, kann nur auf die Fälle Anwendung finden, in denen nach dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung das jährliche Gesamteinkommen 4000 M. übersteigt. Dieser Fall liegt bei dem Streitführer nicht vor. Er hatte bereits vor dem 1. Januar 1914 ein 4000 M. übersteigendes Jahreseinkommen. Er muß, wie er Mitglied der Ortskrankenkasse III vor dem 1. Januar gewesen ist, auch jetzt nach dem 1. Januar 1914 Mitglied der allgemeinen Ortskrankenkasse bleiben.

Mißglückter Arbeitsversuch.

Entscheidung des Bad. Verwaltungsgerichtshofs vom 12. November 1912.

Mathias H. war seit 1906 in der Waffen- und Munitionsfabrik in K. beschäftigt und durch diese Beschäftigung Mitglied der Betriebskrankenkasse. Am 20. April 1912 trat er aus der Fabrik aus, weil der Aufenthalt in der Glüherei, wo er andauernd Säuredämpfen ausgesetzt war, auf seine Gesundheit eine schädigende Einwirkung hatte und heftige Schmerzen auf der Brust sich einstellten. Er hielt eine Beschäftigung in frischer Luft für seine Gesundheit und sein Fortkommen geeigneter und trat am 22. April 1912 im Laufe des Vormittags bei den Innungsmitgliedern Maurermeister Gustav und Adolf Pf. in M. in Arbeit. Wie H. angibt, zeigten sich die Brustschmerzen nach kurzer Zeit bei der Maurerarbeit in ebenso heftiger Weise, wie bei der Fabrikarbeit; er arbeitete deshab nur bis zum Abend und meldete sich am folgenden Tag zunächst bei der Innungskrankenkasse der Baugewerkeinnung und als er hier abgewiesen wurde, bei der Betriebskrankenkasse der Waffen- und Munitionsfabrik krank. Da beide Kassen die Krankenunterstützung verweigerten, beschwerte er sich bei den zuständigen Aufsichtsbehörden. Die Betriebskrankenkasse lehnte die Unterstützung ab mit der Begründung, H. sei durch die Beschäftigung bei der Firma Pf. Mitglied der Innungskrankenkasse der Baugewerkeinnung geworden und sei diese Kasse die verpflichtete.

Der Verwaltungsgerichtshof hat die Betriebskrankenkasse zur Gewährung der Krankenunterstützung verurteilt.

Gründe:

Nach dem vorliegenden Gutachten muß als erwiesen angenommen werden, daß H. bei der Aufgabe seiner bisherigen Beschäftigung infolge der mehrjährigen Arbeit in einer mit übelriechenden, reizenden Säuredämpfen geschwängerten Luft in seinem Gesundheits- und Kräftezustand so herabgekommen war, daß er nicht mehr in der Lage sich befand, seine bisherige Beschäftigung fortzusetzen oder in eine neue, wenn auch anders geartete, Beschäftigung ohne Verschlimmerung seines weit vorgeschrittenen Krankheitszustandes einzutreten. H. litt nach dem Gutachten des Dr. F. bereits seit mehreren Monaten an Unterernährung infolge chronischer Bronchitis; anfänglich lag auch der Verdacht auf Tuberkulose vor. Dr. F. bezeichnet die Aufnahme der Arbeit durch H. als Maurer lediglich als einen Versuch, bei einer anderen Arbeit sich körperlich wieder zu kräftigen, der aber zu spät kam. Diese Ansicht teilt auch Dr. M.; auch dieser Arzt geht nach seinen Wahrnehmungen über den Zustand des Klägers während seines Aufenthalts im Vinzentiushaus in O. davon aus, daß er bereits bei der Aufgabe der Fabrikarbeit erwerbsunfähig war und das deshalb sein kurzer Versuch mit der Maurerarbeit habe mißlingen müssen. Dieser Feststellung entspricht die Angabe H.'s, daß er die Maurerarbeit deshalb niedergelegt habe, weil er schon bald nach deren Beginn sich überzeugte, daß er bei seinem Gesundheits- und Kräftezustand zur Verrichtung und Fortführung dieser Arbeit unfähig sei.

Einer Tätigkeit, die unter solchen Umständen stattfindet, kann die Bedeutung einer wirklichen Arbeitsleistung nicht beigemessen werden; sie war im vorliegenden Falle nicht geeignet, ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis und die Kassenmitgliedschaft zu begründen (Hoffmann KVG. Anm. e zu § 1 S. 33, Preuß. OVG. Entsch. 46 S. 363, Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofs Bd. III. Nr. 1584/86). H. hat deshalb die Mitgliedschaft bei der Innungskrankenkasse der Baugewerkeinnung K. nicht erworben und hat die beklagte Kasse für den noch während der Dauer seiner Mitgliedschaft bei ihr begründeten Unterstützungsfall aufzukommen.

(Breithaupt.)

Der Ausschuß muß einen eigenen Vorsitzenden haben.

Beschluß des Reichsversicherungsamts vom 18. Oktober 1913.

Zunächst war dem Oberversicherungsamte darin beizutreten, daß der Vorsitzende des Vorstandes einer Ortskrankenkasse nicht gleichzeitig Vorsitzender des Ausschusses dieser Kasse sein kann. Nach § 9 RVO. hat in den Organen der Versicherungsträger, zu denen die Ausschüsse der Krankenkassen gehören, auch ihr Vorsitzender Stimmrecht, ist also Mitglied; die Mitglieder des Ausschusses dürfen aber nach § 327 a. a. O. nicht dem Vorstand angehören. Die Annahme der Beschwerdeführerin, es habe sich in dieser Beziehung gegen-

Digitized by Google

über dem bisherigen Rechtszustand unter der Herrschaft der Reichsversicherungsordnung nichts geändert, trifft nicht zu. Bisher war es nicht unzulässig, daß jemand gleichzeitig dem Vorstand und der Generalversammlung angehörte. Daß hierin aber gerade durch die neue Vorschrift des § 327 a. a. O. eine Aenderung geschaffen und die Selbständigkeit der Unabhängigkeit beider Kassenorgane einander gegenüber fortan besser gewährleistet werden sollte, ergibt sich aus den Worten der Begründung zum Entwurfe (S. 202 zu § 339 des Entwurfs): „Die gegenseitige Stellung von Vorstand und Ausschuß läßt es nicht angezeigt erscheinen, daß dieselbe Person gleichzeitig beiden Organen angehört." Das Gegenteil läßt sich auch nicht aus der Vorschrift in § 338 a. a. O. entnehmen, wonach bei den Betriebskrankenkassen der Arbeitgeber sowohl dem Vorstand wie dem Ausschuß angehört und in beiden den Vorsitz führt. Diese Vorschrift stellt sich vielmehr als eine durch die besondere Stellung des Arbeitgebers zur Betriebskrankasse gerechtfertigte Ausnahme von dem allgemeinen Grundsatz des § 327 a. a. O. dar.

Die Beschwerdeführerin sucht nun die Zulässigkeit der beanstandeten Satzungsbestimmung noch weiter damit zu begründen, daß der Vorsitzende des Vorstandes deshalb, weil die Satzung ihm die Leitung der Verhandlungen des Ausschusses übertrage, noch nicht zum Vorsitzenden des Ausschusses werde, daß er diese Tätigkeit vielmehr auch ausüben könne, ohne gleichzeitig Vorsitzender oder Mitglied des Ausschusses zu sein, und daß das Gesetz nirgends vorschreibe, daß der Ausschuß einen besonderen Vorsitzenden haben müsse. Auch diesen Ausführungen konnte der Beschlußsenat nicht beipflichten. Die Uebertragung der Verhandlungsleitung an eine dem Ausschuß nicht angehörende Person erscheint an sich zwar denkbar, aber schon um deswillen bedenklich, wie der Verhandlungsleiter dann kein Stimmrecht hätte und es an einer dem § 9 a. a. O. entsprechenden Vorschrift fehlen würde, weil bei Stimmengleichheit zu verfahren sei. Die Uebertragung an den Vorsitzenden des Vorstandes wäre aber, wenn auch vielleicht noch mit dem Wortlaut, so doch sicherlich nicht mit dem Zwecke und Sinne des § 327 a. a. O. zu verneinen. Denn die Erreichung des mit diesem Paragraphen erstrebten Zieles, die Selbständigkeit des Ausschusses zu stärken, wäre dadurch, daß ein Mitglied des Vorstandes die Geschäfte des Ausschusses leitet, mehr in Frage gestellt, als wenn ein Vorstandsmitglied dem Ausschuß nur als Mitglied angehörte. Hierzu kommt, daß die Organe der Versicherungsträger ohne einen eigenen Vorsitzenden, der ihre Geschäfte führt, nicht wohl denkbar sind und kaum imstande wären, die ihnen durch die Reichsversicherungsordnung auferlegten Aufgaben ordnungsmäßig zu erfüllen. Dies muß insbesondere auch von den Ausschüssen der Krankenkassen gelten, und wenn das Gesetz die Wahl eines Vorsitzenden für den Ausschuß nicht ausdrücklich vorgesehen hat, so kann dies nur deshalb geschehen sein, weil es das Vorhandensein eines Vorsitzenden für selbstverständlich hält. Wie das Oberversicherungsamt bereits zutreffend ausgeführt hat, bieten die §§ 8 und 338 RVO. einen Anhalt dafür, daß der Gesetzgeber das Vorhandensein eines Vorsitzenden ohne weiteres voraussetzt; er würde sonst nicht in § 8 a. a. O. allgemein bestimmt haben, daß in den Organen der Versicherungsträger die Vorsitzenden Stimmrecht haben, und würde nicht die Sondervorschrift im § 338 a. a. O. getroffen haben, daß bei den Betriebskrankenkassen den Vorsitz im Ausschuß der Arbeitgeber führe. Ihre gegenteilige Ansicht kann die Beschwerdeführerin nicht damit stützen, daß das Gesetz im Unterschied zu dem Vorsitzenden des Ausschusses den Vorsitzenden des Vorstandes besonders erwähnt und seine Wahl in den §§ 328 ff. a. a. O. genau regelt. Die Erwähnung des Vorstandsvorsitzenden erschien schon deshalb geboten, weil das Gesetz ihm noch besondere Obliegenheiten (zu vgl. §§ 8, 357, 18, 19, § 354 Abs. 6) zuteilt, und die Vorschriften über seine Wahl entsprechen seiner hervorgehobenen Stellung. Die näheren Bestimmungen über die Wahl des Ausschußvorsitzenden konnten dagegen nach § 321 Nr. 5 a. a. O. der Kassensatzung überlassen bleiben.

Muß hiernach der Ausschuß einen eigenen Vorsitzenden haben, so darf dieser, wie bereits eingangs erörtert worden ist, nicht gleichzeitig Vorsitzender oder Mitglied des Vorstandes sein. Für einen besonderen Verhandlungsleiter ist aber neben dem Ausschußvorsitzenden kein Raum. Die Bestimmung in § 76 der Satzung läuft deshalb den gesetzlichen Vorschriften zuwider und die Versagung der Genehmigung ist gerechtfertigt. Ueber die Frage, in welcher Weise die Satzung die Wahl des Ausschußvorsitzenden regeln könne, war nicht zu entscheiden, da in der Beschwerdeinstanz lediglich zu prüfen ist, ob der Satzung in der vorliegenden Fassung die Genehmigung mit Recht versagt worden ist.

Anmerkung: Ueber die Stellung des Vorsitzenden des Ausschusses s. Kleeis hier 1914 S. 29 ff.

Ständige Beschäftigung.

Entscheidung des **Bad. Verwaltungsgerichtshofs** vom 12. November 1912.

Durch die Erhebungen ist als festgestellt zu erachten, daß die Beschäftigung der Frau B. regel-

Digitized by Google

mäßig in jeder Woche an 4 bis 5 Tagen stattgefunden hat. Das Beschäftigungsverhältnis ist aber, wenn es auch jede Woche unterbrochen worden ist, gleichwohl als ein ständiges anzusehen. Es kommt für die Krankenversicherungspflicht nicht darauf an, daß die tatsächliche Beschäftigung ununterbrochen fortgedauert hat; vielmehr ist entscheidend, ob das Arbeitsverhältnis nach den Beziehungen zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer als ein fortdauerndes anzusehen ist. Dies trifft dann zu, wenn kraft ausdrücklicher oder stillschweigender Vereinbarung der Arbeitnehmer dem Arbeitgeber seine Arbeitskraft stets zur Verfügung hält und auf die jederzeitige Aufforderung des letzteren zur tatsächlichen Arbeitsleistung sich einstellt, und wenn anderseits der Arbeiter mit einer gewissen Sicherheit darauf rechnen kann, daß er in einigermaßen regelmäßiger Wiederholung seine Arbeitskraft im Dienste des Arbeitgebers werde verwerten können (Rechtspr. III Nr. 1557). Diese Voraussetzungen waren hier gegeben. Der Umstand, daß Frau B. an den wenigen frei bleibenden Tagen noch bei anderen Leuten in geringem Umfang Lohnarbeiten verrichtet hat, vermag den versicherungspflichtigen Charakter ihrer Beschäftigung beim Kläger nicht in Frage zu stellen.

Genehmigung der Satzung mit einer Einschränkung. — Die Satzung kann den Wegfall des Anspruchs auf Familienhilfe wegen Nichtzahlung der Zusatzbeiträge vorsehen.

Beschluß des **Reichsversicherungsamts** vom 29. November 1913.

Die am 1. Januar 1914 ins Leben tretende Allgemeine Ortskrankenkasse R. soll nach den §§ 32, 55 der Satzung versicherungsfreien Familienmitgliedern der Versicherten gegen Erhebung von Zusatzbeiträgen (§ 384 Abs. 2 RVO.) Familienhilfe (§ 205 RVO.) gewähren. Gemäß § 35 Satz 2 der Satzung erlischt der Anspruch auf Familienhilfe, wenn die fälligen Zusatzbeiträge bei Eintritt des Unterstützungsfalls nicht gezahlt sind. Das Oberversicherungsamt hält diese Bestimmung für unzulässig, im übrigen aber die Satzung für einwandfrei. Es hat daher durch Entscheidung der Beschlußkammer die Satzung mit der Maßgabe genehmigt, daß der § 35 Satz 2 wegfällt. Gegen diese Entscheidung hat der Kreisausschuß des Landkreises R. rechtzeitig nach § 1793 RVO. Beschwerde beim Reichsversicherungsamt eingelegt, welches die angefochtene Entscheidung aufhob.

Die Beschwerde beanstandet zunächst die Formel der angefochtenen Entscheidung. Sie macht geltend, daß bei einem etwaigen Wegfall des § 35 Satz 2 auch eine Aenderung der anderen Satzungsbestimmungen über die Familienhilfe in Frage käme. Diese Aenderung sei aber mit Rücksicht auf die Formel der Vorentscheidung nicht möglich. Das Oberversicherungsamt hätte sich daher darauf beschränken müssen, die Genehmigung der Satzung überhaupt zu versagen. Diesen Ausführungen kann im vorliegenden Falle nicht zugestimmt werden. Die Kasse tritt nach Art. 4 Einf.Ges. z. RVO. in Verbindung mit Art. 1 der Kaiserlichen Verordnung vom 5. Juli 1912, betreffend die Inkraftsetzung von Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1912 S. 837), ebenso wie die andern nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung errichteten oder ausgestalteten Allgemeinen Ortskrankenkassen am 1. Januar 1914 ins Leben (zu vgl. auch die Verfügung des Oberversicherungsamts vom 27. September 1913). Es war daher zweckmäßig, daß das Oberversicherungsamt die nach seiner Ansicht zulässigen Satzungsbestimmungen möglichst bald genehmigte. Auch enthält § 35 Satz 2 nur eine Nebenbestimmung, welche die Hauptleistungen der Kasse für Mitglieder an Krankengeld, Sterbegeld usw. nicht berührt. Das Oberversicherungsamt konnte daher von seinem Standpunkt aus die Genehmigung mit der Maßgabe erteilen, daß § 35 Satz 2 wegzufallen habe. Hierdurch verliert die Kasse nicht das Recht, erforderlichenfalls auch die anderen Satzungsbestimmungen über die Familienhilfe zu ändern. Denn nach den §§ 320, 321 Nr. 10, 345 Abs. 2 Nr. 6 und Abs. 3 RVO. kann die Satzung jederzeit geändert werden; nur bedarf die Aenderung nach § 324 Abs. 1 Satz 1 a. a. O. wiederum der Genehmigung des Oberversicherungsamts.

In der Sache selbst war die Vorentscheidung nicht aufrecht zu erhalten. Sie führt aus, daß die Familienversicherung von der Reichsversicherungsordnung lediglich als Zwangsversicherung geregelt sei. Das ist nur insofern richtig, als nach § 205 RVO. eine Kasse mit Familienhilfe diese nicht, wie nach § 6a Abs. 1 Ziff. 5 KVG., nur auf Antrag, sondern allgemein zu gewähren hat. Demgemäß sind auch die etwaigen Zusatzbeiträge nach § 384 Abs. 2 RVO. von sämtlichen Versicherten mit Familienangehörigen zu erheben. Keinesfalls aber stehen die Zusatzbeiträge sonst den Pflichtbeiträgen gleich. Vielmehr sind auf sie gemäß § 384 Abs. 2 Satz 2 RVO. die meisten Vorschriften über die Beiträge nicht anzuwenden. Die Kasse hat nach § 384 Abs. 2 a. a. O. die Wahl, ob sie für die Gewährung der Familienhilfe Zusatzbeiträge erheben will oder nicht. Sie kann also die Leistungen an Familienhilfe von der Zahlung von Zusatzbeiträgen abhängig machen. Werden diese nicht oder nicht rechtzeitig gezahlt, so kann die Kasse folgerichtig die Gewährung der Familienhilfe verweigern (ebenso Hoffmann, Kommentar zur Reichsversicherungsordnung Bd. II, 4. Aufl., Vorbem. Nr. III zu § 205 sowie Anm. 3 Abs. 3 zu § 205; zu vgl.

Digitized by Google

auch Hahn, Handb. der Krankenvers., Anm. 2a zu § 205). Eine solche Bestimmung kann auch nicht ohne weiteres als unzweckmäßig bezeichnet werden. Da nach § 384 Abs. 2 Satz 2 RVO. auch die §§ 381 Abs. 1, 393 Satz 1 RVO. für die Zusatzbeiträge nicht gelten, sind diese von den Versicherten allein zu tragen. Ihre Zahlung ist also nicht in dem gleichen Maße gewährleistet wie infolge der Haftung des Arbeitgebers die Entrichtung von Pflichtbeiträgen. Es wird daher nicht selten dem Bedürfnisse der Kassen entsprechen, durch sonstige Bestimmungen für eine gewisse Regelmäßigkeit der Beitragsentrichtung zu sorgen. Die Bestimmung des § 35 Satz 2 der Kassensatzung dient diesem Zwecke und ist auch geeignet, das Interesse der Versicherten an der Familienhilfe in wünschenswertem Maße wachzuhalten. Daß die Zusatzbeiträge nach § 28 Abs. 1 RVO. im Zwangsverfahren beigetrieben werden können, ändert an der Sache nichts. Eine solche Beitreibung ist auch bei der freiwilligen Versicherung (§ 176 ff., 313 RVO.) zulässig. Gleichwohl kann nach § 314 RVO. die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter erlöschen, wenn sie zweimal nacheinander die fälligen Beiträge nicht entrichten. Im übrigen kann nach den §§ 452, 483 a. a. O. auch die Nichtentrichtung oder nicht rechtzeitige Entrichtung von Pflichtbeiträgen unter Umständen sogar hinsichtlich der Regelleistungen den Verlust oder eine Minderung der Ansprüche bewirken.

Nach § 35 Satz 2 der Satzung erlischt der Anspruch auf Familienhilfe, wenn „die fälligen Zusatzbeiträge" nicht gezahlt sind. Es ist nicht klar ersichtlich, ob die Nichtentrichtung eines Beitrags genügt oder ob die Versäumung zweier oder mehrerer Zahltage verlangt wird. Die Satzung bedarf in diesem Punkte der Klarstellung. Dabei wird zu erwägen sein, ob es der Billigkeit entspricht, den Verlust des Anspruchs an die Nichtzahlung eines einzigen Beitrags zu knüpfen. Diese kann auch außerhalb der Fälle des § 383 RVO. auf entschuldbaren Gründen, wie zufälliger Abwesenheit usw., beruhen. Auch im § 21 letzter Absatz des unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes erlassenen Musterstatuts für Ortskrankenkassen (Zentralblatt für das Deutsche Reich 1892 S. 515 und 1903 S. 243) war ein Erlöschen des Anspruchs auf Familienhilfe nur für den Fall der Versäumung zweier Zahlungstermine vorgesehen. Eine solche Versäumung ist nach dem erwähnten § 314 RVO. die erste Voraussetzung für das Erlöschen der Mitgliedschaft versicherungsberechtigter Personen. Zum mindesten wird zu prüfen sein, ob dem Verluste des Anspruchs auf Familienhilfe nicht wenigstens eine Mahnung an die Entrichtung des Zusatzbeitrags vorauszugehen hat (zu vgl. §§ 553, 28 Abs. 2 RVO.). Hiernach war die Sache unter Aufhebung der Vorentscheidung an das Oberversicherungsamt zurückzuverweisen, damit es zunächst für die erforderliche Klarstellung der Satzung sorgt.

Anmerkung: Zu vgl. unsere Auskunft 1912 S. 783 Ziff. 10b.

B. Zur Unfallversicherung.

Rechtliche Natur der von den Berufsgenossenschaftsvorständen verhängten Strafen (§ 146 GUVG.).

Entscheidung des **Reichsgerichts** vom 7. Februar 1913. (Entsch. Bd. 46 S. 423.)

Es ist allerdings richtig, daß das Unfallversicherungsgesetz in seiner älteren Fassung vom 6. Juli 1884 in dem entsprechenden § 103 von „Ordnungsstrafen" sprach, und daß dafür durch § 103 des Entwurfs der neuen Fassung (§ 146 des Gesetzes) vom 30. Juni 1900 mit Absicht „Geldstrafen" gesetzt worden ist. Daraus ist aber nicht die Ansicht herzuleiten, daß die dort unter Strafe gestellten unrichtigen Angaben bei den Arbeiter- und Lohnnachweisungen aus den allgemeinen Betrugsfällen herausgehoben und als Sonderdelikt unter besondere Strafe gestellt werden sollten.

Denn schon in der alten Fassung des Gesetzes fand sich neben dem Ausdruck „Ordnungsstrafe" auch der Ausdruck „Geldstrafe". Nach der Begründung zum neuen Gesetz ist es aber für zweckmäßig gehalten worden, überall den Ausdruck „Geldstrafe" anzuwenden, „weil der Begriff „Ordnungsstrafe" keine allgemeine feststehende Bedeutung habe", Begr. zu § 103 GUVG.-Entwurfs S. 120, Druckf. d. Reichst., 10. LegPer., I. Sess. 1898/1900 Nr. 523 (Materialien zu den Unfallversicherungsgesetzen Bd. 6 Teil 1 S. 566). Eine sachliche Änderung des Inhalts und der Art der Strafdrohung war damit also an sich nicht bezweckt, und es ist deshalb auch jetzt noch aus der Stellung und Bedeutung der jeweiligen Strafbestimmungen des Unfallversicherungsgesetzes zu entnehmen, welcher Art sie sind, und in welchem Verhältnis sie zu dem allgemeinen Strafgesetzbuche stehen. Dabei ergibt sich aber, daß die im Unfallversicherungsgesetz angedrohten Strafen entweder öffentliche Strafen im Sinne des Strafgesetzbuchs für Sonderdelikte sind, wie §§ 141, 150, 151, oder sog. Zwangsstrafen (Ordnungsstrafen) wie

Digitized by Google

im § 112, die dazu dienen sollen, durch ihre Verhängung den Schuldigen zu einer künftigen Unterlassung oder einem künftigen Tun zu nötigen, oder endlich, daß sie eine besondere Art von Strafen darstellen, nämlich genossenschaftliche Strafen als Ausfluß der den Genossenschaften zugestandenen Autonomie wie §§ 146, 147, 148. Auch diese hier in Betracht kommenden Strafen sind freilich echte Strafen in dem Sinne, daß sie für begangenes Unrecht als Vergeltung dienen und schon durch ihre allgemeine im Gesetz erfolgte Androhung den Willen des Normunterworfenen beeinflussen wollen. Insoweit sind sie also mit den Strafen des allgemeinen Strafgesetzbuchs wesengleich. Dagegen unterscheiden sie sich doch von ihnen einmal durch die Natur der Normen, deren Gehorsam sie gewährleisten wollen, und durch die Art der Interessen, deren Schutz sie bezwecken, sowie andererseits durch den Inhaber der Strafgewalt, dem ihre Durchführung zukommt. Die mit diesen besonderen Strafen bedrohten Delikte des Unfallversicherungsgesetzes verletzen nämlich nicht, wie die des Strafgesetzbuchs, allgemeine Interessen der Volksgenossen und des Staates, sondern lediglich Sonderinteressen der in Betracht kommenden Berufsgenossenschaften als der Versicherungsträger. Sie sind Übertretungen allein gegen Normen, die die Genossenschaft zur Durchführung ihrer eigenartigen Zwecke und zur Erhaltung ihrer Organisation entweder sich selbst gegeben hat, oder die doch zu eben diesen Zwecken im Gesetz aufgestellt worden sind. Sie sind sonach ihrem Wesen nach ausschließlich genossenschaftswidrige Handlungen, im Gegensatze zu den Delikten des Strafgesetzbuchs, die den rechtlich geschützten Interessen und Gütern der menschlichen Gesellschaft im allgemeinen zuwiderlaufen. Dieser Unterschied kommt auch in der Begründung zu § 103 des Entwurfs (§ 146 des Gesetzes) a. a. O. zum klaren Ausdruck, wenn dort gesagt wird, es sei „der Wunsch laut geworden, daß die zur Sicherung der Genossenschaft bestehende Strafbefugnis der Vorstände bei unrichtigen Angaben der Lohnnachweisungen auf die behufs Einschätzung der Betriebe abgegebenen Erklärungen ausgedehnt werden möge". Zur Sicherung der Genossenschaften dienen diese Strafen, zur Sicherung der menschlichen Gesellschaft die staatlichen Strafen. In Einklang hiermit steht denn auch, daß die Verfolgung und Verhängung der zum Schutze rein genossenschaftlicher Organisationen und ihrer Sonderinteressen dienenden Strafen nicht den staatlichen Strafverfolgungsbehörden zusteht, sondern der Berufsgenossenschaft selbst und ihren Organen (zu vgl. hierzu den Unterschied, den auch § 153 macht), und daß sie nicht als Strafpflicht nach dem Legalitätsprinzip, sondern lediglich als Strafbefugnis nach dem Opportunitätsprinzip ausgestaltet worden ist. So sagt auch § 146 GUVG. ausdrücklich: „Die Genossenschaftsvorstände sind befugt . . . Geldstrafen . . . zu verhängen. Ferner fließt aus diesem Grunde die Geldstrafe nicht in die Staatskasse, sondern in die Genossenschaftskasse (§ 154 GUVG.). Diese hervorgehobenen bedeutungsvollen Unterschiede von den im allgemeinen Strafgesetzbuche geordneten öffentlichen, von den Gerichten zu verhängenden Strafen zwingen dazu, die bezeichneten, im Gewerbeunfallversicherungsgesetze zugelassenen genossenschaftlichen Strafen nicht als Ausnahmen von jenen aufzufassen, und ebenso die im Gewerbeunfallversicherungsgesetze zugelassenen genossenschaftlichen Strafen nicht als Ausnahmen von jenen aufzufassen, und ebenso die im Gewerbeunfallversicherungsgesetze behandelten mit solchen Strafen bedrohten unerlaubten Handlungen nicht als Sonderfälle, die nur aus den allgemeinen Deliktshandlungen des Strafgesetzbuchs herausgehoben und einer besonderen und ausschließlichen Regelung unterstellt worden sind, anzusehen. Vielmehr ist die Geltung des allgemeinen Strafgesetzbuchs und die Strafverfolgungspflicht des Staates, wenn die genossenschaftswidrige Handlung zugleich die Tatbestandsmerkmale eines Vergehens nach dem Strafgesetzbuch zeigt, durch die Androhung der genossenschaftlichen Strafe und die bloße Befugnis der Genossenschaft ihrerseits eine Strafe zu verhängen nicht ausgeschlossen. Eine Handlung, die den Interessenkreis der Genossenschaft überschreitet und gegen die rechtlich geschützten Interessen der Allgemeinheit verstößt, verfällt auch dem hierfür maßgebenden allgemeinen Strafgesetz. Dies ist auch in Rechtslehre und Rechtsprechung bisher angenommen worden, vgl. insbesondere Laß, Strafrecht der Berufsgenossenschaften nach dem Unfallversicherungsgesetze vom 30. Juni 1900 (J. Guttentag, Berlin 1901) S. 12 und 23/24; F. Caspar in v. Woedtkes Kommentar des Unfallversicherungsgesetzes (1901) S. 525; Stenglein, Strafrechtliche Nebengesetze (3. Aufl. 1903) Bd. 2 S. 1082 und 1069; Handb. der Unfallversf., 3. Aufl., Bd. 1 S. 648, 649 und die dort angeführten Entscheidungen des Reichsversicherungsamts; ferner für § 142 JAVG. vom 22. Juni 1889, Entsch. d. Reichsg. i. Straff. Bd. 27 S. 391. Endlich ist in dem vorliegenden Falle auch aus dem Umstande nichts gegen die Anwendbarkeit des § 263 StGB. neben § 146 GUVG. zu entnehmen, daß hier die Geltung des allgemeinen Strafgesetzbuchs nicht ausdrücklich vorbehalten worden ist, während dies im § 141 Abs. 2 des Gesetzes geschieht. Denn dieser Vorbehalt erfolgt dort, weil es sich um Androhung einer öffentlichen Strafe für Vergehungen handelt, die um des öffentlichen

Digitized by Google

Interesses willen geboten erscheint, und um einen Tatbestand, der zugleich auch die Tatbestandsmerkmale eines Vergehens im Sinne des allgemeinen Strafgesetzbuchs erfüllen kann. Hier war es angezeigt, es auszusprechen, daß dieses nicht ausgeschlossen sein sollte, da beidemale eine öffentliche Strafe in Betracht kam. Des gleichen Vorbehalts bedurfte es bei der Verschiedenartigkeit der Natur des Delikts und der Strafe im Sinne von § 146 GUVG. mit der des Betrugs und der Strafe im Sinne von § 263 StGB. nicht.

Hanssohn als „Betriebsbeamter" oder „Facharbeiter" im landwirtschaftlichen Betriebe des Vaters?

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 11. November 1913.

Als „Betriebsbeamte" im Sinne des Unfallversicherungsgesetzes für Land- und Forstwirtschaft gelten nach der ständigen Gesetzesauslegung des Reichsversicherungsamts im allgemeinen nur solche Personen, die in größeren Betrieben mit einer leitenden oder beaufsichtigenden, die Tätigkeit eines Arbeiters in nicht unerheblichem Maße überragenden Tätigkeit betraut sind, bei denen der Schwerpunkt der Beschäftigung nicht in dem persönlichen Eingreifen bei der Arbeitstätigkeit, sondern in einer Aufsichtsstellung gegenüber den Arbeitern liegt, Beteiligung bei der Betriebsleitung und in einer und an die in der Regel höhere Anforderungen hinsichtlich ihrer fachlichen Ausbildung und Kenntnisse sowie ihres selbständigen Urteilsvermögens gestellt werden als an einen Arbeiter; vgl. hierzu Rekursentsch. 2399, Amtl. Nachr. 1910 S. 522 bis 523. In § 40 des Statuts der Beklagten ist entsprechend dieser allgemeinen Auffassung der Begriff des Betriebsbeamten dahin bestimmt worden, daß als Betriebsbeamte diejenigen Personen anzusehen seien, welche in dem Wirtschaftsbetrieb (oder in einem Teile desselben) als Bevollmächtigte des Betriebsunternehmers tätig sind oder vorwiegend in einer leitenden oder beaufsichtigenden Stellung wirken. Wie die Satzung weiter beispielsweise anführt, werden zu den Betriebsbeamten, Administratoren, Inspektoren, Wirtschafter und Beamte in ähnlicher Stellung gezählt. Diese Begriffsmerkmale treffen auf die Tätigkeit des verstorbenen Ehemannes der Klägerin im landwirtschaftlichen Betriebe seines Vaters nicht zu. Die Größe des Betriebs betrug zur Unfallzeit 19 ha; es wurden 2 Dienstboten und 3 Tagelöhner beschäftigt, der Viehbestand belief sich auf 3 Pferde, 5 Stück Rindvieh, 4 Schweine und 30 Hühner. Wenn auch unter Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse ein Betrieb des geschilderten Umfanges nicht den kleineren Landwirtschaften zugerechnet werden kann, so war er doch nur ein bäuerlicher mittlerer Größe und nicht so umfangreich, daß seine Bewirtschaftung und Leitung besondere höhere Kenntnisse auf dem Gebiete der Landwirtschaft erforderte. In derartigen Betrieben werden Inspektoren und ähnliche Angestellte nicht gehalten. Auch angesichts des Umstandes, daß der Verletzte die Stelle seines Vaters vollständig vertrat, ist nach der ganzen Sachlage nicht anzunehmen, daß der Schwerpunkt der Beschäftigung des Verletzten, der in der Wirtschaft selbst mit Hand anlegte in einer die Tätigkeit eines Arbeiters weit überragenden Betriebsleitung und Beaufsichtigung lag.

Aber auch als „Facharbeiter" im Sinne des Unfallversicherungsgesetzes für Land und Forstwirtschaft und der Satzung der Beklagten — als welchem ihm und seinen Hinterbliebenen ebenfalls der wirkliche Jahresarbeitsverdienst für die Entschädigungen anzurechnen wäre — ist der Verletzte nicht anzusprechen. Er ist keiner der Gruppen von Personen zuzurechnen, die die dafür maßgebende Satzung der Beklagten in § 40 Abs. 2 als Facharbeiter anführt. Es fehlt somit an diejenigen, Voraussetzungen, die eine Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes des Verletzten auf der Grundlage des § 9 des UVG. für Land- und Forstwirtschaft rechtfertigen. Vielmehr hat die Beklagte mit Recht den gemäß § 10 a. a. O. behördlich festgesetzten Durchschnittsverdienst gewöhnlicher landwirtschaftlicher Arbeiter der Rentenberechnung zugrunde gelegt.

Zu der gleichen Beurteilung der Sachlage gelangt man, wenn man gemäß Art. 60 Einf.Ges. z. RVO. die Bestimmungen dieses Gesetzes über Betriebsbeamte und Facharbeiter berücksichtigt. Während nach altem Recht die Bestimmung des Begriffs „Betriebsbeamter" der Satzungsregelung überlassen war, ist der Begriff jetzt ausschließlich durch die Reichsversicherungsordnung selbst festgestellt. Es fehlt aber jeder Grund für die Annahme, daß sein Inhalt jetzt ein anderer sein soll, als ihn das Reichsversicherungsamt bisher in seiner langen Spruchübung bestimmt hat. Was die „Facharbeiter" endlich anlangt, so gibt § 923 Abs. 3 RVO. eine Umschreibung dieses Begriffes dahin, daß Facharbeiter derjenige ist, der für seine Stellung besonderer fachlicher Fertigkeiten bedarf und sich hierdurch über einen gewöhnlichen landwirtschaftlichen Arbeiter erhebt. Das Gesetz zählt eine Reihe von Personengruppen auf, die zu den Facharbeitern zu rechnen sind, und läßt außerdem zu, daß die Satzung außer diesen Gruppen noch andere aufstellen kann. Da aber der Verletzte weder einer der im § 923 RVO. genannten noch außer diesen der im § 45 der neuen Satzung der Beklagten vom 20. Dezember 1912 genannten

Digitized by Google

Gruppen zuzurechnen ist, so war er auch nach neuem Recht nicht als ein Facharbeiter anzusehen, dessen Rente nach dem Individuallohn (§§ 931 bis 935, 939, 941) zu bemessen wäre.

Eine unter der Herrschaft der Reichsversicherungsordnung in Kraft getretene Bestimmung der Satzung einer Berufsgenossenschaft, die eine für die Berechtigten günstigere Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes als gemäß § 936, 938 zum Inhalt hat, ist nicht eine „Vorschrift der Reichsversicherungsordnung" im Sinne des Art. 60 Einf.Ges. und hat somit keine rückwirkende Kraft.

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 31. Mai 1913.

Es handelte sich um die erste Feststellung der Unfallrente. Hierbei ist gemäß Art. 60 Einf.Ges. zu prüfen, ob ihre Vorschriften hinsichtlich der Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes für den Berechtigten günstiger sind als die des bisherigen Rechtes. Im vorliegenden Falle war dies zu verneinen. Nach § 938 Satz 1 der RVO. richtet sich die Rente für Unternehmer (zu denen auch die Klägerin als Unternehmerehefrau gehört) nach dem durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienste für landwirtschaftliche Arbeiter, der gemäß § 936 Abs. 2 zur Zeit des Unfalls für den Betriebsitz festgesetzt ist. Diese Bestimmung ist der Klägerin nicht günstiger als die entsprechende des bisherigen Rechtes. Allerdings bestimmt § 47 der mit dem 1. Januar 1913 an Stelle des bisher geltenden Statuts getretenen Satzung der Beklagten, daß die Entschädiguug der Unternehmer und ihrer Ehegatten sich nach dem festgesetzten durchschnittlichen Jahrsarbeitsverdienste für landwirtschaftliche Arbeiter und Arbeiterinnen (§§ 936, 938 a. a. O.) unter Hinzurechnung eines Zuschlags in Höhe von je ein Viertel des Jahresarbeitsverdienstes richtet. Diese neue den verletzten Unternehmern günstigere Satzungsvorschrift ist aber keine Vorschrift der Reichsversicherungsordnung und fällt deshalb an sich nicht ohne weiteres unter Art. 60 Einf.Ges. z. RVO. Es kann dahingestellt bleiben, ob es angängig ist, den Art. 60, der eine Ausnahmevorschrift zugunsten der Verletzten gibt, ausdehnend auszulegen und unter „Vorschriften der Reichsversicherungsordnung" auch durch dieses neue Gesetz veranlaßte, wenn auch in der Reichsversicherungsordnung nicht enthaltene Vorschriften zu verstehen. Eine solche Auslegung ist hinsichtlich des § 47 der Satzung der Beklagten jedenfalls deshalb nicht zulässig, weil diese Satzungsvorschrift nicht etwa die notwendige Ergänzung einer Vorschrift der Reichsversicherungsordnung bildet, diese regelt vielmehr die Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes für Unternehmerrenten im § 938 Satz 1, wie oben erwähnt, positiv, ohne an dieser Stelle auf die Satzung Bezug zu nehmen. § 47 der neuen Satzung beruht vielmehr lediglich auf § 938 Satz 2 RVO. Dieser lautet: „Die Satzung kann anders bestimmen." Er ermächtigt somit die Berufsgenossenschaft nur, die Frage durch Beschluß der Genossenschaftsversammlung anders zu regeln. Ob, bejahendenfalls, nach welcher Richtung, in welchem Umfang und von welchem Zeitpunkt ab eine solche andere Regelung stattfinden soll, ist den der Einwirkung des Gesetzgebers entzogenen Beschlüssen der Genossenschaftsversammlung vorbehalten. Schon deshalb bestimmt sich das Inkrafttreten des § 47 des Statuts lediglich nach § 58 a. a. O., nach welcher Vorschrift die Satzung mit dem 1. Januar 1913 an Stelle des bisher geltenden Statuts tritt, kann also auf einen Unfall vor diesem Zeitpunkt nicht angewendet werden. Diese Auffassung steht auch im Einklang mit der bisherigen Spruchübung des Reichsversicherungsamts, nach der eine Statutbestimmung, die vorschreibt, daß die Rente nicht wie eine gewöhnliche Arbeiterrente nach dem von der höheren Verwaltungsbehörde festgesetzten durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienste zu berechnen ist, mangels einer besonderen statutarischen Bestimmung bei Unfällen, die sich vor dem Inkrafttreten des Statuts ereignet haben, nicht zur Anwendung kommen soll (zu vgl. Rekursentscheidung vom 30. November 1913, Pr. L. 5196, Handb. der Unfallvers. Bd. II. S. 89 Anm. 2 zu § 11 UVG. für Land- und Forstwirtschaft). Ob etwa schon der Wortlaut des § 938, der den „zur Zeit des Unfalls" geltenden Jahresarbeitsverdienst als maßgebend erklärt, in Verbindung mit inneren, wirtschaftlichen Gründen der Anwendbarkeit des Art. 60 entgegensteht, braucht hier nicht entschieden zu werden.

Eine gesetzliche Pflicht der Berufsgenossenschaften zum Ersatze des Schadens, der durch die Zerstörung eines künstlichen Gebisses bei der Betriebsarbeit verursacht ist, besteht nicht.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 12. Juli 1913.

Nach dem Gesetze haften die Berufsgenossenschaften nur für Unfälle, die über die 13. Woche nach dem Eintritt des Unfalls hinaus die körperliche oder geistige Gesundheit des Versicherten schädigen (zu vgl. Handb. der Unfallvers. 3. Aufl. Bd. I S. 69 Anm. 26 zu § 1 und Seite 249 Anm. 1 zu § 8 GUVG.). Auf andere Beschädigungen, die ein Arbeiter bei dem Betriebe erleidet, erstreckt sich die Unfallversicherung nicht. Dies ergibt sich auch daraus, daß das Gesetz nur für die Fälle der „Verletzung", der Körperverletzung einschließlich

Digitized by Google

der Schädigung der geistigen Gesundheit und der Tötung, einen Schadensersatz zubilligt und demgemäß die Art der Entschädigung dahin regelt, daß freie ärztliche Behandlung, Arznei- und sonstige Heilmittel, gewisse die Folgen der Verletzungen erleichternde Hilfsmittel und im gegebenen Falle eine Rente zu gewähren sind (§ 9 Abs. 1 Ziff. 1 und 2 GUVG., § 558 RVO.). Einen weiteren Schadensersatz, insbesondere den Ersatz eines Sachschadens, kennt das Gesetz nicht. Im vorliegenden Falle handelt es sich aber nicht um einen Schaden, der dem Körper des Klägers zugefügt worden ist, sondern ausschließlich um die Beschädigung einer nicht zum Körper gehörigen Sache, nämlich des künstlichen Gebisses, das auch nicht etwa um deswillen als Teil des menschlichen Körpers anzusehen ist, weil es ohne die Zugehörigkeit zu ihm seinen Zweck überhaupt verlieren würde.

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Zur Versicherungspflicht der Nichte eines katholischen Pfarrers als Führerin seines Haushalts.

Revisionsentscheidung des **Bayr. Landesversicherungsamts** vom 20. Juni 1913.

Gerade bezüglich der Pfaarhaushälterinnen ist die Frage, ob und inwieweit die nahe Verwandschaft die Entstehung eines versicherungspflichtigen Dienstverhältnisses hindert, in der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes am häufigsten und zwar bisher stets im bejahenden Sinne erörtert worden. Die „Anleitung" des Reichsversicherungsamts vom Jahre 1912, Nr. 23 c, verneint indessen allgemein, daß die Verwandtschaft an sich das Zustandekommen eines Lohnarbeitsverhältnisses hindere und verweist auf die Prüfung der Umstände des jeweiligen Falles. Die Aufnahme der K. bereits als Kind in das Haus ihres Onkels weist darauf hin, daß sie Lohnarbeiterin von Beruf von Anfang an jedenfalls nicht war; gab ihr der Pfarrer später Lohn, so kann dies auf Anstandsrücksichten oder auf der Absicht beruht haben, die spätere Versorgung der Nichte (und zwar gerade mit Hilfe der Invalidenversicherung) zu erleichtern, es kann aber darin auch die beiderseitige Absicht der Begründung eines Dienstverhältnisses erblickt werden. Das Oberversicherungsamt geht im vornherein von einer rechtlich anfechtbaren Auffassung aus, wenn es bei den Schwestern katholischer Pfarrer allgemein die Dienstboteneigenschaft vereint. Wenn auch das Reichsversicherungsamt mehrere Einzelfälle in diesem verneinenden Sinne entschieden hat, so ist von ihm doch nirgends ausgesprochen, daß unter bestimmten Verhältnissen das Gegenteil nicht zutreffen könne. Bei anderen ländlichen Berufsarten herrscht ja wohl ebenfalls eine berechtigte Vorsicht der Versicherungsbehörden wegen der Echtheit von Dienstverhältnissen, die zwischen nahen Verwandten behauptet werden, immerhin sind im Einzelfalle solche Verhältnisse z. B. dann denkbar, wenn jüngere Geschwister eines Bauern, die vielleicht schon auswärts gedient haben, nun anstatt anderer Dienstboten, oder auch neben solchen gegen Lohn dem Bruder Knechts- oder Magddienste leisten, oder wenn gleiches zwischen Eltern und Kindern der Fall ist. Ein Landgeistlicher bedarf nun wohl stets einer Haushälterin; wird diese Stelle von einer seiner nächsten Verwandten, insbesondere von einer Schwester, versehen, so bedarf es zwar regelmäßig besonderer Feststellungen, um unter Zurückstellung der verwandtschaftlichen Beziehungen das Vorliegen eins Dienstverhältnisses nachweisen zu können; in der Stellung eines katholischen Geistlichen als solchen liegt aber ein Hindernis für solchen Nachweis nicht. Allerdings besteht hier, insoweit auf die Überordnung des Pfarrers gegenüber seinen Hausgenossen hingewiesen wird, die Gefahr, daß aus der besonderen Achtung, die der geistliche Stand als solcher genießt, falsche Schlüsse auf die Stelle gezogen werden, die eine ihm verwandte, ihm jene Achtung erweisende Person im Pfarrhause überhaupt einnimmt; zwischen der Autorität des Geistlichen als solchen und dem Ansehen desselben als Dienstgeber einer einfachen Frauensperson scharf zu unterscheiden, ist nicht immer leicht. Sieht man von jener Autorität ab, so mag dieses rein weltliche und bürgerliche Ansehen bei einer Schwester zumeist geringer sein, als bei einer fremden Person, die beim Eintritt in das Pfarrhaus in dem Geistlichen zugleich den Priester und den Hausherrn verehrt; anderseits wird es der Schwester, sofern sie schwesterlich denkt und handelt, nicht in den Sinn kommen, daß sie dem geistlichen Bruder ihre Fürsorge und häuslichen Dienste um des Lohnes willen zuwendet; anders natürlich bei der Fremden. Wenn nun aber die Vorinstanz der Schwester des Pfarrers dessen Nichte ohne weiteres gleichstellt, so verkennt sie hiermit den erheblichen Unterschied dieser beiden Verwandschaftsgrade in bürgerlichrechtlicher, wie in sozialer Hinsicht (vom Standpunkt der Reichsversicherungsordnung aus, vgl. z. B. § 1302, wo Neffe und Nichte nicht genannt sind). Der spätere Übergang eines zunächst als Waisenkind ins Haus

Digitized by Google

des Pfarrers aufgenommen und dort aus verwandtschaftlichen Rücksichten erzogenen Mädchens in ein regelrechtes, wenn auch durch familiäre Behandlung gemildertes Dienstverhältnis ist bei einer Nichte, die sich schon wegen ihrer Jugend und zufolge des sogenannten respectus parentelae eher unterordnet, ungleich leichter als bei einer Schwester; hierbei ist es auch nicht unbedingt nötig, daß der Dienstvertrag, wie das Oberversicherungsamt meint, die familiären Beziehungen trennt, indessen weist die Revision ausdrücklich darauf hin, daß eine solche Trennung, z. B. hinsichtlich der Mahlzeiten und des Wohnzimmergebrauches, tatsächlich bestanden habe. Die Entscheidung des Oberversicherungsamtes scheint wesentlich beeinflußt dadurch, daß an die Stelle eingehender Erhebungen über die konkreten tatsächlichen Verhältnisse allgemeine Erwägungen von nicht immer zutreffender Art getreten sind. Es fehlt insbesondere an einer Aufklärung der Differenz in den Angaben der Klägerin und des Pfarrers über die Höhe des Lohnes, welcher diesen mit (stets) 96 M., jene mit (zuletzt) 160 M. jährlich angibt. Es fehlt an Ermittlungen über den Zeitpunkt des Eintritts einer zweiten Haushälterin neben der Klägerin, über den Grund und die Art der Arbeitsteilung; es wäre noch zu erheben, ob die Klägerin vom Zeitpunkte der Lohnzahlung an, eventuell später eine andere dienende Person ersetzt hat, oder ob schon damals — und wie lange noch — eine solche neben ihr im Hause war, wenn ja, in welcher (gegenseitiger) Stellung, ferner, welcherlei Arbeit die Klägerin insbesondere in der neueren Zeit geleistet hat. Die Lücken, welche die bisherigen Erhebungen in diesen Punkten aufweisen, erscheinen als wesentliche Mängel des Verfahrens im Sinne des § 1697 RVO. um so mehr, als gerade auf dem — doch kaum unlösbaren — Widerspruch bezüglich der Lohnhöhe offenbar die Meinung der Spruchkammer des Oberversicherungsamtes beruht, daß Lohnzahlungen überhaupt nicht nachgewiesen seien. Ergeben neue Ermittlungen diesen Nachweis, so liegt auf der Hand, daß hiermit auch die bisher ohne nähere Grundangabe angezweifelten eidlichen Zeugenaussagen in den übrigen Punkten mehr Glauben und Bedeutung beanspruchen dürfen.

Die vorstehenden Erwägungen rechtfertigen die ausgesprochene Aufhebung der Vorentscheidung und Zurückverweisung. Vorsorglich wird schon jetzt bemerkt, daß der weiter erhobene, dem Wesen nach auf § 1445 Abs. 2 RVO. gestützte Revisionsangriff besonderer Würdigung bedarf, vornehmlich nach der Richtung, ob die bei den öfteren Markenkontrollen unterbliebene Beanstandung der vieljährigen Beitragsleistung der Klägerin durch den Kontrollbeamten wirklich schon etwa als Anerkenntnis der Versicherungspflicht oder des Versicherungsrechtes durch diesen Beamten oder durch die Landesversicherungsanstalt zu betrachten ist.

Die Anfechtung gemäß § 1445 Abs. 3 RVO. muß gegenüber dem Versicherten erfolgen.

Revisionsentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 9. Juli 1913.

Die Revision mußte an der Vorschrift des § 1445 Abs. 3 RVO. scheitern, die der Klägerin günstiger ist als das bisherige Recht und daher gemäß Art. 79 Einf.Ges. z. RVO. auf den vorliegenden Fall Anwendung zu finden hatte. Hiernach kann nach Ablauf von zehn Jahen seit Aufrechnung der Quittungskarte die rechtsgültige Verwendung der in der Aufrechnung bescheinigten Marken nicht mehr angefochten werden, es sei denn, daß die Markenverwendung in betrügerischer Absicht herbeigeführt ist. Daß für letztere Annahme jeder Anhalt fehlt, ist auch von der Beklagten nicht in Zweifel gezogen worden.

Die Quittungskarten Nr. 1 und 2 der Klägerin sind bereits am 16. November 1901 und 2. Juni 1902 zur Aufrechnung gelangt und enthalten zusammen 104 Marken. Daß diese Marken als Pflichtbeiträge nach dem Willen der Klägerin verwendet worden sind, kann nach den Erklärungen der Beteiligten einem Zweifel nicht unterliegen. In Frage steht somit lediglich, ob die Beklagte, wie sie in der Revisionsschrift behauptet, diese Beiträge rechtzeitig, also zum mindesten vor Ablauf des 2. Juni 1912 wirksam angefochten hat. Die Anfechtung setzt begrifflich voraus, daß sie gegenüber dem Versicherten oder seinem gesetzlichen Vertreter abgegeben wird. Denn sie dient dem Zwecke, den Versicherten darüber aufzuklären, daß der Versicherungsträger die Beitragsentrichtung nicht als rechtswirksam anerkennt. Sie muß danach von der Versicherungsanstalt der Partei selbst oder deren Bevollmächtigten oder gesetzlichen Vertreter erklärt werden. Danach ist ein lediglich in den Akten der Versicherungsanstalt vermerktes Bestreiten der Versicherungspflicht unwirksam und ebenso kommen Anfechtungserklärungen der Beklagten gegenüber einem Dritten, insbesondere einer Dienststelle, welche diese Erklärung nicht weitergibt, nicht in Betracht (zu vgl. Kommentar zur Reichsversicherungsordnung Hanow-Lehmann Anm. 10 zu § 1445). Wenn die Beklagte in ihrer Revisionsschrift ausführt, aus der Revisionsentscheidung 1600 des Reichsversicherungsamts (Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1912 S. 680) ergebe sich, daß der Zeitpunkt der Anmeldung des Rentenanspruchs für die zehnjährige Frist des § 1445 Abs. 3 RVO. ausschlaggebend sei, und wenn sie

Digitized by Google

daraus die Anfechtbarkeit sämtlicher Beiträge der Klägerin herleitet, da hier der Antrag bereits am 14. Januar 1911 gestellt ist, so ist diese Schlußfolgerung irrig. Jener Entscheidung lag eine tatsächlich erfolgte Anfechtung von Beitragsmarken überhaupt nicht zugrunde; es ist dort nur ausgesprochen worden, daß selbst wenn schon bei der Anmeldung des Rentenanspruchs am 1. Oktober 1910 eine Anfechtungserklärung abgegeben worden wäre, gleichwohl die bereits vor dem 1. Oktober 1900 aufgerechneten Marken den Schutz des § 1445 Abs. 3 RVO. genießen und in ihrer rechtsgültigen Verwendung nicht mehr angefochten werden können. Es war also dort nur beispielsweise ein besonders früher Anfechtungstermin unterstellt worden, um die Tragweite der Schutzwirkung des § 1445 Abs. 3 RVO. zu erläutern und klarzustellen.

Bei Anwendung des oben entwickelten Grundsatzes kann im vorliegenden Falle eine rechtzeitige Anfechtung der Beiträge nicht anerkannt werden. Zwar hat die Klägerin bereits im Jahre 1908 einen Rentenantrag gestellt, den sie später auf Veranlassung der unteren Verwaltungsbehörde mangels der Invalidität wieder zurückgezogen hat. Indessen ist in diesem Verfahren irgendeine auf die Prüfung der Versicherungspflicht zielende Maßnahme der Beklagten, geschweige denn eine Anfechtung der Beiträge, nicht erfolgt. In dem jetzt anhängigen Verfahren sind zwar alsbald nach Stellung des Antrags auf Veranlassung der Beklagten eingehende Ermittlungen über die Arbeits- und Lohnverhältnisse der Klägerin und damit über die Frage der Versicherungspflicht angestellt worden. Auch hat die Beklagte bereits am 15. Mai 1911 entgegen der Ansicht der unteren Verwaltungsbehörde dieser Dienststelle gegenüber ihrer Meinung dahin Ausdruck gegeben, daß sie ein versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis nicht anerkennen könne und in gleichem Sinne hat sie sich in einem Berichte an das Reichsversicherungsamt vom 31. Januar 1912 geäußert, der sich auf die lange Dauer des auch zu dieser Zeit noch schwebenden Feststellungsverfahrens bezog. Die an diese Behörde gerichteten Erklärungen, die überdies lediglich eine Anzweiflung, keine Anfechtung der Versicherungspflicht in sich schlossen, waren aber ihrer Natur nach weder an die Klägerin gerichtet noch ausdrücklich dazu bestimmt, ihr bekannt gegeben zu werden. Die Anfechtung ist erst ausgesprochen in dem der Klägerin am 24. Juli 1912 zugestellten, ablehnenden Bescheide der Beklagten vom 13. Juli 1912, der unter anderem den Ausspruch enthält, daß die 552 vorhandenen Beiträge nicht für eine versicherungspflichtige Beschäftigung verwendet seien. Am 24. Juli 1912 war aber die sich aus dem Ausstellungstage der Quittungskarte 2, dem 2. Juni 1902, ergebende zehnjährige Anfechtungsfrist bereits verstrichen. Sind hiernach mindestens 100 Beiträge als auf Grund der Versicherungspflicht entrichtet und als unanfechtbar anzusehen, so sind sie auch geeignet, das Recht der Weiterversicherung mit Wirkung auf die später verwendeten nicht mehr unter dem Schutze des § 1445 Abs. 3 RVO. stehenden Marken zu begründen, weil sonst der Zweck letzterer Gesetzesvorschrift nicht erreicht werden könnte (zu vgl. Revisionsentsch. 1600, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1912 S. 680). Somit ist durch die von der Klägerin nachgewiesenen 552 Beitragsmarken die Wartezeit im Sinne des § 28 IVG. und § 1278 RVO. erfüllt. Ein etwaiges Erlöschen der Anwartschaft kommt mit Rücksicht auf die regelmäßige Beitragsleistung nicht in Frage.

(Breithaupt.)

D. Zur Angestelltenversicherung.

Bureaulehrlinge sind nicht versicherungspflichtig, wenn sie keinen Entgelt, sondern nur ein Taschengeld beziehen; Begriff des Taschengeldes.

Beschluß des **Rentenausschusses Berlin** vom 1. September 1913.

Der 16 Jahre alte Schreiberlehrling A. W. in N. ist bei dem Rechtsanwalt Z. in N. in Stellung. Die Ausgabestelle der Angestelltenversicherung in N. hat die vom Arbeitgeber beantragte Ausstellung einer Versicherungskarte abgelehnt. Hiergegen hat der Arbeitgeber gemäß § 210 AVG. das Streitverfahren eingeleitet mit dem Antrage,

den Angestellten für versicherungspflichtig zu erklären.

Die Tätigkeit des Schreiberlehrlings besteht nach der übereinstimmenden Darstellung des Arbeitgebers und Angestellten in folgendem:

Er hat handschriftlich entworfene Schriftsätze abzuschreiben, dafür zu sorgen, daß die erforderlichen Abschriften mit dem Beglaubigungsvermerk versehen werden, die Zustellungsquittungen zu fertigen und die Stücke zum Gericht oder zu den Gegenanwälten zu tragen. Von entworfenen Briefen hat er Reinschriften herzustellen, die Briefumschläge zu beschreiben und mit den richtigen Briefmarken zu bekleben und sie ebenso wie Pakete, bei denen er Aufschrift und Begleitadresse herzustellen hat, zur Post zu bringen.

Er führt eine Portoliste, in die er die täglich abgehenden Briefe nach der Aktenbezeichnung und unter Vermerk der verwendeten Portobeträge einträgt. Das ihm zur Beschaffung der Briefmarken ausgehändigte Geld hat er ebenfalls einzutragen, über die Richtigkeit der Eintragungen und der Restbestände jederzeit Rechnung zu legen und die nötigen Abschlüsse zu fertigen.

Digitized by Google

Ferner führt er den Terminkalender, in den er die angesetzten Verhandlungstermine und Vermerke über Wiedervorlage der Akten einzutragen hat, und legt an der Hand dieses Kalenders täglich die Akten vor. Ebenso trägt er die Namen von Parteien in das Prozeßregister und die Namen der eigenen Vertretenen in die alphabetische Auffindungsliste ein.

Weiter ist er mit dem Ausfüllen von Vordrucken z. B. für Berufungen nach Maßgabe der ihm vorgelegten Urteilsausfertigungen betraut, zu welchem Zweck er an der richtigen Stelle die Namen der Parteien und ihrer Vertreter einzusetzen hat.

Schließlich wird er zum Schreiben nach Diktat, zur Beförderung von Briefschaften zur Post und zu Botengängen in der Stadt verwandt.

Der Arbeitgeber führt noch dazu an, daß es im Anfang einer ununterbrochenen Aufsicht bedürfe, daß jedoch mit der größeren Erfahrung auch die Selbständigkeit wachse.

Nach übereinstimmenden Angaben des Arbeitgebers und des Angestellten betrug die diesem gewährte Vergütung bis zum 31. März 1913 monatlich 10 M.; seit dem 1. April 1913 beläuft sie sich nach der Angabe des Angestellten auf monatlich 15 M. Dagegen beträgt nach der Auskunft der Polizeiverwaltung in N. vom 22. März 1913 der ortsübliche Tagelohn für jugendliche männliche Arbeiter im Alter von über 16 Jahren 2,75 M., im Alter von unter 16 Jahren 1,26 M.

Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte hat sich dahin geäußert, daß die Tätigkeit des Angestellten nicht lediglich niederer oder mechanischer Natur sei, und daß deshalb Versicherungspflicht bestehe, wenn die ihm gewährte Vergütung die Hälfte des ortsüblichen Tagelohns jugendlicher männlicher Arbeiter über 16 Jahre erreiche.

Der Rentenausschuß verneinte die Versicherungspflicht. **Gründe:**

Gemäß § 1 Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 2 AVG. sind versicherungspflichtig Bureauangestellte, soweit sie nicht mit niederen oder lediglich mechanischen Dienstleistungen beschäftigt werden, wenn diese Beschäftigung ihren Hauptberuf bildet, und wenn sie gegen Entgelt beschäftigt werden.

Das W. ein Bureauangestellter ist, der nicht oder doch nicht ausschließlich mit niederen oder lediglich mechanischen Dienstleistungen beschäftigt wird, kann einem begründeten Zweifel nicht unterliegen. Zwar können das Beschreiben und Frankieren von Briefumschlägen, von Paketadressen und Begleitadressen und die Beförderung von Schriftsätzen, Briefen und Paketen zum Gericht, zu den Gegenanwälten oder zur Post, ebenso wie die Besorgung von Botengängen in der Stadt nur als niedere oder mechanische Dienstleistungen angesehen werden. Zweifelhaft ist aber schon, ob die Fertigung von Zustellungsquittungen und die Sorge dafür, daß die erforderlichen Abschriften von Schriftsätzen mit dem Beglaubigungsvermerk versehen werden, hierhin zu rechnen sind. Zweifel können sich auch bei der Beurteilung der eigentlichen Schreibtätigkeit — Abschreiben von Schriftsätzen in Hand- oder Maschinenschrift, Anfertigung von Reinschriften entworfener Briefe, Schreiben nach Diktat — erheben. Aus den in der Kommission und den Verhandlungen des Reichstages seitens der Abgeordneten und der Vertreter der verbündeten Regierungen zum Ausdruck gekommenen Meinungen geht hervor, daß es in der Absicht des Gesetzgebers lag, die mit schriftlichen Arbeiten Beschäftigten in weitem Umfange in den Kreis der nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte versicherungspflichtigen Personen einzubeziehen. Ausgeschlossen sollten lediglich sein die Schreiber, die „nur mit gewöhnlichen Schreibarbeiten beschäftigt werden" (Kommissionsbericht S. 8 und 10) und „nichts weiter zu tun haben, als mechanisch abzuschreiben" (Sten. Ber. S. 8181); sogar der letzteren Zugehörigkeit zum Versicherungsgesetz für Angestellte war noch in der zweiten Lesung allerdings ohne Erfolg, beantragt worden. Hervorgehoben wurde, daß insbesondere die Arbeit der Stenographen und Maschinenschreiber nicht eine einfach mechanische sei (Komm.Ber. S. 9 unten). Ob diese letztere Beurteilung des Maschinenschreibens zutrifft und ob im vorliegenden Falle, wovon allerdings in den Angaben der Beteiligten nicht die Rede ist, die Diktate auch stenographisch aufgenommen werden, kann jedoch dahingestellt bleiben. Denn zweifellos erheben sich die sonstigen Betätigungen des Schreiberlehrlings: das Ausfüllen von Vordrucken für Berufungen und weiter die Führung des Prozeßregisters und der Auffindungsliste, die Verwaltung der Portokasse nebst Führung der Portoliste und Rechnungslegung über die verausgabten Gelder und die Führung des Terminskalenders erheblich über das Niveau einer mechanischen Beschäftigung. Besonders aber die Führung des Terminskalenders und die danach erfolgende selbständige Vorlegung der Prozeßakten ist für den Betrieb des Rechtsanwaltsbureaus so wesentlich und erfordert deshalb eine immerhin mit geistiger Anspannung verbundene Sorgfalt und Umsicht, daß eine Einreihung dieser Tätigkeit unter dem Begriff der lediglich mechanischen Dienstleistung nicht statthaft ist.

Daß die Beschäftigung bei dem Antragsteller den Hauptberuf des Schreiberlehrlings bildet, ist von keiner Seite in Zweifel gezogen worden und ergibt sich bei der Art seiner Tätigkeit von selbst. Die Tätigkeit des Schreiberlehrlings fällt hiernach ohne Zweifel unter den § 1 Abs. 1 Nr. 2 AVG.

Trotzdem ist seine Versicherungspflicht deshalb zu verneinen, weil die Tätigkeit nicht gegen Entgelt im Sinne des Gesetzes ausgeübt wird. Festgestellt ist, daß er lediglich eine Vergütung erhält, die zunächst 10 M. monatlich betrug und jetzt auf 15 M. im Monat sich beläuft. Es kommt darauf an, zu prüfen, ob diese geringfügige Barvergütung unter den Begriff des „Entgeltes" fällt, d. h. einer Leistung, durch welche die Arbeit des Angestellten nach Umfang und Intensität und nach ihrem

Digitized by Google

Werte für den Arbeitgeber voll abgegolten wird. Die Anleitung betreffend den Kreis der nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte vom 20. Dezember 1911 versicherten Personen vom 20. Juni 1912 bemerkt unter Ziff. 7, daß die Geringfügigkeit der Zahlung die Eigenschaft als Arbeitsentgelt ausschließen könne, und die Anleitung über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen erklärt, daß dies bei den den Lehrlingen mehr zur Aufmunterung gewährten monatlichen Zahlungen häufig zutreffe. Dieser Auffassung ist beizupflichten. Die Beschäftigung des Schreiberlehrlings bei dem Arbeitgeber nimmt sowohl ihrer Dauer wie der mit ihr verbundenen geistigen Anspannung nach seine Arbeitskraft voll in Anspruch und ist, wie oben festgestellt wurde, auch für den Betrieb des Rechtsanwaltsbureaus von nicht unerheblicher Bedeutung. Es erhellt daher ohne weiteres, daß weder ihr Wert für den Arbeitgeber noch insbesondere auch ihr Wert für den Angestellten durch die gewährte Barvergütung abgegolten wird, daß die Geldzahlung in der Hauptsache vielmehr in der Erwartung künftiger wertvollerer, d. i. ausgedehnterer und unter voller eigener Verantwortung erfolgender Dienstleistungen und in der Absicht, zu solchen Leistungen anzuspornen, erfolgt. Diese Auslegung des Begriffes „Entgelt" entspricht auch der von der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und im Auskunftsverfahren vom Rentenausschuß bisher beobachteten Rechtsübung. Dabei ist mit Recht als Grenze, bis zu der eine an jüngere Angestellte gewährte Barvergütung nicht als Arbeitsentgelt anzusehen ist, im allgemeinen der halbe Ortslohn (§§ 149, 150 RVO. für jugendliche Arbeiter desselben Geschlechts von 14—16 Jahren angesehen worden. Wird dieser Maßstab im vorliegenden Falle angelegt, so ergibt sich, daß bei Zugrundelegung eines Ortslohns von 1,26 M. täglich der halbe monatliche Ortslohn von $15 \times 1{,}26 = 18{,}90$ M. die W. gegenwärtig gewährte Vergütung von 15 M. um etwa ein Viertel übersteigt. Es ist daher als festgestellt erachtet worden, daß W. in seinem Anstellungsverhältnis bei dem Antragsteller bisher nicht als gegen Entgelt beschäftigt betrachtet werden kann.

E. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Späteres Bemerkbarwerden einer Unfallfolge.

Urteil des **Reichsgerichts**, 2. Zivils., vom 2. Mai 1913.

Der nach Militärdienst und Erwerb des Zivilversorgungsscheines am 1. November 1903 im Bezirk der Eisenbahndirektion C als Stationsaspirant eingetretene und am 1. April 1907 zum Eisenbahnassistenten ernannte J. A. ist am 13. November 1910 gestorben. Die Kläger (Witwe und Kinder) fordern Erhöhung der ihnen bewilligten Pension nach dem Beamten-Unfallfürsorgegesetz vom 2. Juni 1902, weil der Tod A.'s verursacht sei durch einen im Dienste erlittenen Betriebsunfall, nämlich durch den schweren Schreck, von dem er als dienstluender Stationsbeamter auf dem Bahnhofe zu K. in der Nacht vom 30. bis 31. Dezember 1906 morgens 4 Uhr infolge des Zusammenstoßes zweier Züge befallen wurde. Den Anspruch auf Grund dieses Unfalls hat A. mittels Eingabe an die Eisenbahndirektion C. vom 11. Oktober 1910 angemeldet. Das Landgericht hat die Klage zugesprochen; der Berufungsrichter hat sie abgewiesen, da die Fristen des § 8 Abs. 1 und 2 des Gesetzes vom 2. Juni 1902 nicht eingehalten seien. Die Revision ist begründet. Zwar nimmt der Berufungsrichter mit Recht an, daß die zweijährige Frist des § 8 Abs. 1 bereits abgelaufen war und nicht erst, wie die Kläger meinen und die Revision zur Nachprüfung verstellt, für die Hinterbliebenen A.'s mit dessen Tode zu laufen begonnen hat. Diese Auffassung entspricht dem deutlichen Wortlaute des Gesetzes und der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts.

Rechtsirrig ist jedoch die Auslegung, die der Berufungsrichter dem Abs. 2 des § 8, nämlich den Worten gibt, „daß eine den Anspruch begründende Folge des Unfalls erst später bemerkbar geworden ist". „Bemerkbar werden" bedeutet, wie der Berufungsrichter zutreffend betont, selbstverständlich nicht das objektiv richtige Erkennen des wirklich vorhandenen Kausalzusammenhanges; denn unmöglich kann die Entscheidung der meist nur ärztlich und oft überaus schwierig lösbaren Frage des Kausalzusammenhanges dem Verletzten bei Vermeidung des Verlustes seiner Rechte aufgebürdet und bereits in die Zeit vor der Anmeldung verlegt sein, statt in das der Anmeldung nachfolgende Verfahren, das vor Verwaltungsbehörden und Gerichten meist gerade nur die Feststellung zum Gegenstande hat, ob ein Kausalzusammenhang vorliegt oder nicht.

Daraus folgt jedoch keineswegs, daß es erforderlich aber auch genügend wäre, wenn dem Verletzten, wie der Berufungsrichter sich ausdrückt, „der mögliche Zusammenhang zwischen dem Unfall

Digitized by Google

und seiner Erkrankung zum Bewußtsein gekommen ist", wenn der Verletzte „zum mindesten mit der Möglichkeit eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen Unfall und Krankheit gerechnet hat". Gerade bei der Schwierigkeit der meist nur auf Grund ärztlicher Sachkunde zu beantwortenden Kausalitätsfrage können dem Erkrankten ungezählte Kausalitätsmöglichkeiten mehr oder minder plötzlich zum Bewußtsein kommen, und es kann sein, daß er viele oder alle ihm so zum Bewußtsein gekommene Möglichkeiten hinterher selbst für haltlos und unrichtig erachtet. Trotzdem müßte ihn vom Standpunkte des Berufungsrichters aus das ihm nun einmal gekommene Bewußtsein von einer Kausalitätsmöglichkeit zur Anspruchsanmeldung zwingen, wenn er seinen Anspruch aus dem Unfall nicht verlieren will. Daraus ergebe sich, da dieselbe Bestimmung wie in § 8 des Gesetzes vom 2. Juni 1912 in den Unfallversicherungsgesetzen (für Gewerbe § 72, für Land- und Forstwirtschaft § 78), im Reichsbeamten-Unfallfürsorgegesetz (§ 8) und in den Militärpensions- und Versorgungsgesetzen (für Offiziere § 2 Abs. 2, für Mannschaften § 2 Abs. 2) wiederkehrt, eine Unsumme unbegründeter, aussichtsloser oder gar bewußt aussichtsloser und doch immer unumgänglicher Anspruchsanmeldungen. Und im vorliegenden Falle wurde A., weil er, wie der Berufungsrichter annehmen zu dürfen glaubt, schon länger als drei Monate vor dem 11. Oktober 1910 ein Bewußtsein von der Möglichkeit eines Kausalzusammenhanges zwischen seinem Rückenmarksleiden und dem am 31. Dezember 1906 erlittenen Schreck hatte, seine Rechte aus dem Unfall verloren haben, obwohl der Beklagte gerade behauptet, ein solcher Kausalzusammenhang sei noch nie ärztlich beobachtet und festgestellt worden und könne nach Zeit und Art der bei A. aufgetretenen Krankheitserscheinungen gar nicht bestehen.

Eine den Anspruch begründende Unfallfolge ist viel mehr erst dann „bemerkbar geworden", wenn der „Verletzte" nach sorgfältiger Prüfung gemäß seinem Urteilsvermögen zu der gewissenhaften Ueberzeugung kam oder kommen mußte, sein Leiden sei durch den Unfall verursacht; vgl. Entscheidungen des Reichsgerichts in Zivilsachen Bd. 76 S. 403 bis 405. Für diese gewissenhafte Prüfung und Ueberzeugung muß der Natur der Sache nach der Ausspruch des vom Verletzten befragten Arztes das erheblichste Gewicht haben. So hat die Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 5 März 1891, Amtl. Nachr. 1893 S. 179 bis 180, eine Anmeldung für rechtzeitig erklärt, obwohl dort der Verletzte die Meinung, es liege ursächlicher Zusammenhang vor, von Anfang an gehabt und dem Arzte wiederholt vorgetragen, eine Anmeldung innerhalb der zweijährigen Frist jedoch unterlassen hatte, weil der Arzt diese Meinung immer bestimmt zurückwies. „Dies", führt das Reichsversicherungsamt aus, „darf ihm nicht zum Nachteil gereichen. Hätte er doch sonst geradezu gewissenlos einen für aussichtslos gehaltenen Anspruch geltend machen müssen . . . . . Es kommt darauf an, daß gerade das Leiden als eine Folge eines Unfalls, also in seiner Zurückführbarkeit auf einen Unfall, erkannt worden ist oder wenigstens bei Anwendung der pflichtgemäßen Sorgfalt hätte erkannt werden müssen . . . . Es ist davon auszugehen, daß der Kläger, der dem Arzte gegenüber wiederholt seine Vermutung von einem Zusammenhange des Leidens mit dem Unfalle geäußert, hiermit aber stets Zurückweisung erfahren hat, unbedenklich die Autorität des Sachverständigen für sich maßgebend sein lassen und, ohne seinerseits weiter in den Arzt zu dringen, erwarten durfte, daß letzterer, falls er etwa später von der Natur und Entstehungsart des Leidens eine andere Ueberzeugung gewinnen würde, ihm alsbald hiervon Eröffnung machen werde."

Vorliegend steht fest, daß der Nervenarzt Professor Dr. med. St., in dessen ärztlicher Behandlung sich A. vom 2. Februar bis 15. April 1910 befand, auf eine Frage, sei es A.'s, sei es seiner Ehefrau geantwortet hat", der ursächliche Zusammenhang zwischen dem angeblichen Schreck und der jetzt konstatierten Krankheit sei für ihn, St., nicht vorhanden". Der Berufungsrichter hält diese Aeußerung des St. für unwesentlich; in Wahrheit ist sie von wesentlichem Belang: wenn A. selbst je wirklich ein Bewußtsein von der Möglichkeit eines solchen Kausalzusammenhanges hatte, sei es schon früher, sei es wenigstens zur Zeit der etwa schon im Februar bis März 1910 und nicht erst, wie die Kläger behaupten, Ende August 1910 an Professor Dr. St. gerichteten Frage, so durfte er nunmehr seine etwaige Meinung aufgeben . . . .

Digitized by Google

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Auflösung des Reichsverbandes Deutscher Aerzte.

Der Verband, der als Gegenorganisation gegen den Leipziger Aerzteverband gegründet war und nur etwa 150 Mitglieder zählte, hat nunmehr seine Auflösung beschlossen, weil durch den generellen Friedensschluß zwischen Aerzten und Kassen die Programmforderungen des Reichsverbandes erfüllt und auf zehn Jahre festgelegt seien. Demzufolge habe der Reichsverband nunmehr seine Ziele erreicht und könne befriedigt die Waffen niederlegen.

Preußischer Gesetzentwurf, betreffend die Dienstvergehen der Beamten der Orts-, Land- und Innungskrankenkassen.

Auf Grund des § 359 Abs. 4, § 413 Abs. 2 RVO. haben die zuständigen preußischen Minister durch Erlaß vom 18. Februar 1914 (HMBl. S. 79) den auf Lebenszeit oder mit Anrecht auf Ruhegehalt angestellten Beamten der bezeichneten Kassen und der Kassenverbände die Rechte und Pflichten gemeindlicher Beamten übertragen. Der wesentliche Zweck dieser Maßnahme ist, diese Angestellten dem strengeren Beamtendisziplinarrecht zu unterwerfen. Diesem Zwecke dient der Gesetzentwurf, welcher dem Landtage vorgelegt ist, das Herrenhaus und die erste Beratung im Abgeordnetenhause bereits passiert hat und von diesem einer Kommission überwiesen worden ist. Im Abgeordnetenhause wurde u. a. darauf hingewiesen, daß aus der beabsichtigten Regelung sich ein eigentümlicher Widerspruch der Rechtslage der Beamten mit Vorschriften der Reichsversicherungsordnung ergebe. Denn während diese dem Angestellten die politische Betätigung außerhalb der Dienstgeschäfte freilasse und gewährleiste (§ 354 Abs. 6), könne solche Betätigung nach der in Preußen herrschenden Praxis auf dem Gebiete des Beamtendisziplinarrechts bekanntlich unter Umständen Anlaß zur Maßregelung und Entlassung des Beamten sein.

Im folgenden teilen wir den Gesetzentwurf und seine Begründung mit:

§ 1. Auf die Dienstvergehen der bei den Orts-, Land- und Innungskrankenkassen angestellten Beamten, denen nach § 359 Abs. 4 RVO. die Rechte und Pflichten der gemeindlichen Beamten (Kommunalbeamten) übertragen werden, finden die Vorschriften des Gesetzes, betreffend die Dienstvergehen der nichtrichterlichen Beamten, die Versetzung derselben auf eine andere Stelle oder in den Ruhestand, vom 21. Juli 1852 (Gesetzsamml. S. 465) mit nachstehenden Aenderungen Anwendung.

§ 2. Die Befugnis, Ordnungsstrafen zu verhängen, steht innerhalb des Umfanges des den Provinzialbehörden beigelegten Ordnungsstrafrechts, jedoch nicht über 90 M. hinaus, dem Landrat als Vorsitzenden des Kreisausschusses, bei Kassen, die ihren Sitz in Gemeinden haben, für welche ein gemeindliches Versicherungsamt errichtet ist, dem Bürgermeister (Gemeindevorsteher) zu.

Gegen die Strafverfügung findet innerhalb zwei Wochen die Beschwerde beim Bezirksausschuß, gegen den auf die Beschwerde ergehenden Beschluß des Bezirksausschusses innerhalb zwei Wochen die Beschwerde beim Provinzialrat statt. Der Beschluß des Provinzialrats ist endgültig.

Bei Kassen innerhalb des Stadtkreises Berlin entscheidet in erster Instanz der Bezirksausschuß in Berlin; in zweiter Instanz tritt an die Stelle des Provinzialrats der Minister für Handel und Gewerbe.

Bezirksausschuß und Provinzialrat beschließen auf Grund mündlicher Verhandlung. Die Oeffentlichkeit ist ausgeschlossen; in geeigneten Fällen kann auf Antrag oder von Amts wegen hiervon Abstand genommen werden.

§ 3. In dem Verfahren auf Entfernung aus dem Amte verfügt der Regierungspräsident, bei Kassen im Stadtkreise Berlin der Oberpräsident die Einleitung des Verfahrens; er ernennt den Untersuchungskommissar und den Vertreter der Staatsanwaltschaft für die erste Instanz.

Als Disziplinarbehörden entscheiden in erster Instanz der Bezirksausschuß, in zweiter Instanz das Oberverwaltungsgericht; den Vertreter der Staatsanwaltschaft in dem Verfahren vor dem Oberverwaltungsgericht ernennt der Minister für Handel und Gewerbe.

Die Entscheidung ergeht auf Grund mündlicher Verhandlung.

Das Gutachten des Disziplinarhofes ist nicht einzuholen.

In dem vorstehend für die Entfernung aus dem Amte vorgeschriebenen Verfahren ist entstehenden Falles auch über die Tatsache der Dienstunfähigkeit zu entscheiden.

Der Bezirksausschuß kann das Verfahren mit Rücksicht auf den Ausfall der Voruntersuchung durch Beschluß einstellen und in dem Beschlusse zugleich eine Ordnungsstrafe im Umfange des den Provinzialbehörden beigelegten Ordnungsstrafrechts festsetzen. Gegen den Beschluß steht innerhalb zwei Wochen dem Vertreter der Staatsanwaltschaft und, sofern eine Ordnungsstrafe festgesetzt ist, auch dem Angeschuldigten die Beschwerde beim Minister für Handel und Gewerbe zu.

An Gebühren kommen die für das Verwaltungsstreitverfahren vorgeschriebenen Pauschbeträge, im Falle der Einstellung des Verfahrens unter Festsetzung einer Ordnungsstrafe jedoch nur zur Hälfte in Ansatz.

Begründung.

Nach § 359 Abs. 4 RVO. kann die Landesregierung den Beamten der Orts-, Land- und Innungskrankenkassen, die auf Lebenszeit oder nach Landesrecht unwiderruflich oder mit Anrecht auf Ruhegehalt angestellt werden, die Rechte und Pflichten der staatlichen oder gemeindlichen Beamten übertragen. Wenn von dieser Befugnis Gebrauch gemacht werden soll, bedarf es der gesetzlichen Regelung der Disziplinarverhältnisse der mit Beamtenrechten und -pflichten ausgestatteten Kassenangestellten, um für sie ein zweifelfreies Disziplinarrecht zu schaffen.

Die Grundlage dieses Disziplinarrechts soll das Gesetz betreffend die Dienstvergehen der nichtrichterlichen Beamten usw., vom 21. Juli 1852 bilden. Das Verfahren hat entsprechend der eigenartigen Stellung der in Betracht kommenden Kassenbeamten eine besondere Regelung gefunden. Für die Anfechtung von Ordnungsstrafen ist, abgesehen von der Regelung für den Stadtkreis Berlin, ein Beschlußverfahren mit zwei Instanzen — Bezirksausschuß und Provinzialrat — vorgesehen, die nur auf Grund mündlicher Verhandlung beschließen sollen. Für den Stadtkreis Berlin tritt gemäß § 43 des Gesetzes über die allgemeine Landesverwaltung vom 30. Juli 1883 an die Stelle des Provinzialrats der Minister für Handel und Gewerbe. Die Entfernung aus dem Amte soll nur im Wege des förmlichen Disziplinarverfahrens vor dem Bezirksausschuß in erster und dem Oberverwaltungsgericht in zweiter Instanz angeordnet werden können.

Digitized by Google

Im einzelnen ist zu den Vorschlägen des Entwurfs folgendes zu bemerken:

Zu § 1: Die Vorschriften des Disziplinargesetzes vom 21. Juli 1852 sollen gelten, soweit nicht die §§ 2, 3 abweichende Bestimmungen enthalten.

Die Bezeichnung „Kommunalbeamte" ist zur Klarstellung in Klammern beigefügt, weil der Ausdruck „gemeindliche Beamte" in der preußischen Gesetzgebung bislang nicht vorkommt.

Zu § 2: Im Abs. 1 wird das Recht zur Verhängung von Ordnungsstrafen dem Landrat, bei Kassen im Bezirke gemeindlicher Versicherungsämter dem Bürgermeister beigelegt. Dem Landrat soll das Ordnungsstrafrecht als Vorsitzenden des Kreisausschusses zustehen, damit im Falle seiner Verhinderung die Vertretung auf den Kreisdeputierten und nicht auf den Kreissekretär übergeht.

Gegen die Strafverfügungen soll nach Abs. 2 die Beschwerde beim Bezirksausschuß, gegen dessen Beschluß die Beschwerde bei dem endgültig entscheidenden Provinzialrat zugelassen werden. Eine Anrufung des Oberverwaltungsgerichts ist nicht vorgesehen, um eine neue Belastung des ohnehin überlasteten höchsten Verwaltungsgerichtshofes zu vermeiden. Da nach Abs. 4 Bezirksausschuß und Provinzialrat auf Grund mündlicher Verhandlung beschließen, erscheinen die Interessen der Kassenbeamten in weitgehendem Maße geschützt.

Der Schlußsatz entspricht dem § 72 Abs. 3 des Entwurfes einer Novelle zum Landesverwaltungsgesetz.

Zu § 3: § 3 regelt das Verfahren auf Entfernung aus dem Amte. Die letztinstanzliche Entscheidung soll in diesem Verfahren dem Oberverwaltungsgericht vorbehalten werden.

Hinsichtlich der Rechtsmittelfristen finden die Vorschriften des Disziplinargesetzes Anwendung.

Die Abs. 3 und 4 entsprechen der Vorschrift des § 157 des Landesverwaltungsgesetzes vom 30 Juli 1883 und sind hier nach dem Vorgange des Gesetzes, betreffend die Dienstvergehen der Beamten der Landesversicherungsanstalten, vom 17. Juni 1900 (Gesetzsamml. S. 251) besonders hervorgehoben.

Nach Abs. 6 soll dem Bezirksausschuß die Befugnis verliehen werden, bei Einstellung des Verfahrens in geeigneten Fällen nur eine Geldstrafe zu verhängen. Die hier und im Abs. 7 getroffene Regelung entspricht den im § 157 des Entwurfes einer Novelle zum Landesverwaltungsgesetz vorgesehenen Vorschriften.

Verdauungspause in der sozialen Gesetzgebung.

In einem sehr lesenswerten, ernst und warm geschriebenen Aufsatz „Das Ganze Halt?" in der Sozialen Praxis (Nr. 19 v. 5. Februar 1914) führt Professor Dr. Francke das Drängen nach Ruhe auf dem Gebiete der sozialen Gesetzgebung auf das rechte Maß zurück. Wir heben daraus nur folgendes hervor: „Wir stimmen dem Staatssekretär des Innern völlig bei, wenn er jetzt für die Reichsversicherungsordnung und die Angestelltenversicherung eine „Verdauungspause", eine Zeit der inneren Ausgestaltung, der soliden Durchführung, der Entwirrung von Schwierigkeiten und der Erprobung der Einzelheiten in der Praxis verlangt. Regierung und Reichstag haben das Riesenwerk mit einem kaum je erhörten Aufwand von Müh' und Zeit zustande gebracht. Man war allseitig sehr stolz auf diese Tat, und es berührt nicht gerade angenehm, wenn jetzt, wo sich Unebenheiten und Zweifel zeigen, die eine und die andere Partei, die damals mit einer — von uns nicht immer geteilten — Begeisterung zugestimmt hat, nunmehr die Verantwortung auf andere Schultern abwälzen möchte, wie z. B. bei der Dienstbotenversicherung. Da, wo diese seit langen Jahren besteht, wie in süd- und mitteldeutschen Staaten und in den Hansestädten, funktioniert sie ausgezeichnet, niemand beschwert sich darüber, jeder genießt ihre Segnungen. Die gleiche Erfahrung wird man sicher in Bälde überall auch dort machen, wo sie jetzt neu eingeführt wird, sobald nur die Maschine die ersten Reibungen überwunden und sich glatt eingelaufen hat. Ist auch im großen und ganzen jetzt die Sozialversicherung im engeren Sinne zu einem Abschluß gekommen, so wird sich doch bei der Durchbildung im einzelnen bald herausstellen, wie viel hier noch zu bessern ist. Um nur einiges zu nennen: Die Herabsetzung der Grenze für die Altersrente von 70 auf 65 Jahre ist grundsätzlich schon zugestanden, der Reichstag hat eine Denkschrift hierüber bis spätestens Ende 1915 verlangt, die Regierung hat sie zugesagt und dies Versprechen in der Sitzung vom 28. Januar erneuert. Daß mit der Zeit, nachdem die nötigen Erfahrungen gesammelt worden sind, eine Reform der jetzt ganz kümmerlichen Witwen- und Waisenfürsorge nötig wird, darf man heute schon als allgemeine Ueberzeugung ansprechen. Die sinkende Geburtenzahl wird gebieterisch auf einen Ausbau des Mutterschutzes als beste Waffe gegen die Säuglingssterblichkeit hindrängen. Je höher die Vermögensbestände in der Arbeiterversicherung — hier namentlich in der Invalidenversicherung, wo sie bereits 2 Milliarden überschritten haben — und in der neuen Angestelltenversicherung von Jahr zu Jahr anschwellen, desto näher rückt die Aufgabe, ob man nicht durch eine Aenderung dieser Thesaurierungspolitik die Beitragslast abmindern kann. Dabei lassen wir die zahllosen Möglichkeiten von technischen und organisatorischen Verbesserungen in Verfassung und Verwaltung ganz außer acht. Schon die materiellen, die finanziellen Bedürfnisse werden genügend dafür sorgen, daß von einem Stillstand auf dem Gebiete der Versicherung nicht die Rede sein kann, daß nach der „Verdauungspause" — um im Bilde zu bleiben — sich bald wieder der Appetit, ja der Hunger regen wird. „Die damit (mit der Sozialversicherung) verbundenen Lasten — so urteilt die von der Dresdner Bank jetzt in zweiter Auflage herausgegebene Schrift „Die wirtschaftlichen Kräfte Deutschlands" — machen sich durch die gesteigerte Arbeitsfähigkeit und Arbeitsleistung bezahlt."

Die Arbeitslosenversicherung ist ein Kapitel für sich; der Staatssekretär hat ganz recht, wenn er sie von der eigentlichen Sozialversicherung absondert. Man kann sie nur im Zusammenhang mit den sonstigen Aufgaben zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit betrachten: Arbeitsnachweis und -vermittlung, Beschaffung und Verteilung von Arbeitsgelegenheit, Leitung der Arbeiterwanderungen, Eindämmung ausländischen Zuzugs, Förderung des Sparwesens, innere soziale Kolonisation. Aber damit ist doch wahrlich nichts gewonnen, wenn von den Vertretern der Reichsgewalt und großer Parteien immer wieder nur das Sprüchlein aufgesagt wird: Das Problem ist nicht reif zur Durchführung, an die Versicherung gegen Arbeitslosigkeit ist in absehbarer Zeit nicht zu denken. Das mag vielleicht das Mißtrauen jener beschwichtigen, die in jener Ordnung des Arbeitsmarkts eine Bedrohung ihrer Herrschaft über die durch ein Heer von Arbeitslosen geschwächten Massen erblicken und deren Ideal es ist, wenn zwei oder mehr Arbeiter einem Arbeitgeber nachlaufen. Der Tatsache eines grimmigen Notstandes, wie ihn das Elend der Arbeitslosen darstellt, wird man auf die Dauer doch nicht ausweichen können. Die Zahlen des Reichsarbeitsblattes (Januarnummer) reden hier eine überlaute Sprache. Wenn die Gewerkschaften Millionen über Millionen für ihre Arbeitslosen aufwenden, wenn die Städte unter

Digitized by Google

den Armenlasten bei solchen Nöten seufzen, wenn der Deutsche Städtetag nachdrücklich und wiederholt für eine Arbeitslosenversicherung wenigstens im Baugewerbe eintritt, wenn die bayrische Staatsregierung bereits den Gemeinden namhafte Mittel für diesen Zweck zuweist [1]), dann kann man füglich sagen: auch in Deutschland ist die Versicherung gegen Arbeitslosigkeit im Anmarsch. England, das hat ja der Staatssekretär in einer früheren Rede selbst zugestanden, hat uns hier mit großen Organisationen entschlossen überholt. Wir können von dem brittischen Beispiel lernen und wir müssen es: denn die Entwicklung steht nicht still ....

Die Zeit sozialer Reformen, die Deutschland seit 30 Jahren erlebt, hat unserm Volke so große Segnungen gebracht, daß kaum eine Pause, geschweige denn ein Stillstand denkbar ist. Ohne sie wäre die innere Ruhe schwerlich gewahrt, des wirtschaftliche Aufblühen zu reichster Entfaltung aller Kräfte gewiß nicht möglich gewesen. Alle Achtung vor der Rührigkeit und dem Wagemut unserer Unternehmer, alle Achtung vor der Findigkeit unserer Kapitalisten, vor dem Scharfblick unserer Techniker, vor der Führung unserer Staatsmänner und Regenten, die uns den Frieden erhalten haben: ohne die deutschen Arbeiter, deren Tüchtigkeit und Pflichttreue, wie Abgeordneter Giesberts im Reichstag am 28. Januar mit Recht sagte, in der ganzen Welt anerkannt wird, hätten wir Deutsche alle die Güter, deren wir uns erfreuen, doch nicht errungen. Es war ein gutes Wort, das ein so lebenskluger Mann, wie es Staatsminister Dr. Delbrück ist, am 20. Januar im Reichstag aussprach: „Ich glaube mich mit diesem ganzen Hause darin einig, daß eine gebildete, gesellschaftlich und wirtschaftlich gut gestellte Arbeiterschaft eine der Säulen ist, auf der unsere Industrie und unser nationaler Wohlstand ruht. Ich bin mir vollkommen klar, daß nur auf dieser Grundlage die Pflege der sittlichen und vaterländischen Ideale betätigt werden kann, die ein Volk beseelen müssen, wenn das Ganze nicht Schaden leiden soll. Eine verständige Sozialpolitik ist nach meiner Auffassung eine der Kraftquellen für das Deutsche Reich." Und auch darin können wir beipflichten, wenn Dr. Delbrück fortfuhr: „Unter einer verständigen Sozialpolitik verstehe ich eine solche, die nicht nur dem Arbeiter, sondern auch dem Arbeitgeber das Seinige gibt, die ihm das Maß von wirtschaftlicher und moralischer Ellbogenfreiheit läßt, um die großen Aufgaben zu erfüllen, die unsere Industrie bisher erfüllt hat und in Zukunft in noch höherem Maße erfüllen muß, um ihre stolze Stellung in der Welt zu behalten. Eine verständige Sozialpolitik muß in den Grenzen des wirtschaftlich Möglichen bleiben. Der Umfang der Betätigung auf sozialpolitischem Gebiet muß im Einklang stehen mit der allgemeinen Wirtschaftspolitik."

Aber gibt nicht gerade die wirtschaftliche Entwicklung selbst, die im Anschluß an diese These vom Staatssekretär des Innern in den glänzendsten Farben geschildert wurde, den triftigsten Beweis dafür, daß unsere Sozialpolitik die Grenzen des wirtschaftlich Möglichen nirgends überschritten, ja kaum irgendwo auch nur erreicht hat? Die letzten Jahrzehnte, die man die Aera der Sozialreform nennen kann, sind doch zugleich die Zeit dieses ungeahnten wirtschaftlichen Aufstiegs, der noch keineswegs seinen Höhepunkt erreicht hat. Man lese z. B. nur die schöne Abhandlung „Deutschlands Volkswohlstand 1888 bis 1913" von Dr. Karl Helfferich, dem Direktor der Deutschen Bank. Mitte der 1890er Jahre schätzte man das deutsche Volkseinkommen auf 23 Milliarden Mark, das deutsche Volksvermögen auf 200 Milliarden, heute nimmt Helfferich an, daß es 42 und 320 Milliarden betrage. Gerade weil der Umfang der sozialpolitischen Tätigkeit im Einklang stehen muß mit der allgemeinen Wirtschaftspolitik, ist ein Stillstand in der Sozialreform ganz unmöglich, ja nicht einmal eine längere Pause ist denkbar; die Bedürfnisse des Tages, die quellenden Kräfte des Lebens erheischen gebieterisch ihre Fortsetzung, ihren inneren Ausbau, die Lösung neuer großer Probleme. „Wir können nicht stark bleiben ohne gesunde soziale Entwicklung," schrieb vor einiger Zeit der Reichskanzler an Professor Dr. E. Francke. Und wir erinnern an das Kaiserwort vom 17. November 1906, dem 25. Jahrtag der Botschaft Wilhelms I.: „In dieser Zuversicht ist es mein fester Wille, daß die Gesetzgebung auf dem Gebiete der sozialpolitischen Fürsorge nicht ruhe und in Erfüllung der vornehmsten Christenpflicht auf den Schutz und das Wohl der Schwachen und Bedürftigen fortgesetzt bedacht sei."

[1]) Vgl. Denkschrift der Bayr. Staatsregierung (30. November 1913).

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und deutlich zu schreiben.

Dienstreisekosten im Verfahren vor dem Versicherungsamt.

1. Nach S Antwort: Sämtliche Kosten des Versicherungsamts trägt nach § 59 Abs. 1 RVO. der Staat oder der Gemeindeverband; die in Spruchsachen entstehenden Barauslagen, mit Ausnahme der Bezüge der Versicherungsvertreter, sind jedoch vom Versicherungsträger zu erstatten. Inwieweit hiernach „Kosten einer Dienstreise, z. B. zu einem bettlägerigen Rentenempfänger", vom Versicherungsträger zu erstatten sind, richtet sich nach den Umständen des Falles. Von vornherein ist klar, daß z. B. von einer Erstattung dann nicht die Rede sein kann, wenn die Vernehmung durch das Versicherungsamt in der Wohnung des Berechtigten in Erfüllung seines Anspruchs auf persönliches Gehör im Einspruchsverfahren nach §§ 1592, 1601 RVO. erfolgt; denn hierbei handelt es sich nicht um eine Spruchsache, sondern um eine vorbereitende und begutachtende Mitwirkung des Versicherungsamts bei der Feststellung von Leistungen durch den Versicherungsträger. Wenn aber eine Spruchsache in Frage steht, so bietet für die Abgrenzung des Abs. 2 gegen den Abs 1 des § 59

Digitized by Google

einen gewissen Anhalt der § 10 Abs. 1 und 2 des Gesetzes, betreffend Abänderung der Unfallversicherungsgesetze vom 30. Juni 1900 nebst den hierzu ergangenen Bestimmungen der Reichsversicherungsamts vom 29. Januar 1902 (Amtl. Nachr. S. 246). Danach hat man zwischen den allgemeinen Kosten der Gerichtshaltung und den durch die einzelnen Streitfälle erwachsenen und ausscheidbaren Kosten zu unterscheiden. Zu den letzteren vom Versicherungsträger zu erstattenden Kosten gehören u. a. auch (entsprechend den erwähnten Bestimmungen unter II 2 b): die Kosten auswärtiger Beweistermine zur Einnahme des Augenscheins oder zur Vernehmung von Zeugen und Sachverständigen durch das Versicherungsamt oder den Vorsitzenden (§§ 1652, 1665); solche Kosten sind die Reisekosten und Tagegelder des Vorsitzenden, des Schriftführers und der Beisitzer, Gebühren der Zeugen und Sachverständigen, Entschädigung der Partei, deren persönliches Erscheinen angeordnet war; findet aber in dem auswärtigen Termine zugleich eine Verhandlung der Sache statt, so fallen die Kosten des Vorsitzenden, des Schriftführers und der Beisitzer unter die allgemeinen, vom Staat oder der Gemeinde zu tragenden Kosten.

Muß eine neu errichtete Innungskrankenkasse auch alle in Innungsbetrieben beschäftigten freiwilligen Mitglieder der Ortskrankenkasse übernehmen?

2. **Nach Gelsenkirchen** Frage: Am 1. Januar 1914 ist hier eine Innungskrankenkasse für das Maurerhandwerk errichtet worden. Die in den betr. Betrieben beschäftigten Versicherungspflichtigen sind daher bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse abgemeldet und zur Innungskrankenkasse übergegangen. Die Innungskrankenkasse weigert sich aber auch die in diesen Betrieben beschäftigten freiwilligen Mitglieder zu übernehmen. Es handelt sich dabei um inzwischen selbstständig gewordene Maurermeister, um Bauführer, Buchhalter usw., die ihre frühere Zwangsversicherung bei uns nach Ueberschreiten der Gehaltsgrenze fortgesetzt haben. Wir nehmen an, daß nach dem Schlußsatz in Abs. 2 des § 250 RVO. die Innungskasse diese Personen auch übernehmen muß. Man kann aus dieser Bestimmung aber auch wohl folgern, daß nur solche Personen freiwillige Mitglieder der Innungskrankenkasse werden können, bei denen zur Zeit die Voraussetzungen des § 176 RVO. gegeben sind. Läßt sich nicht auch Art. 24 Einf.Ges. hier anwenden? — Umgekehrt ist hier die Innungskrankenkasse der Schuhmacher geschlossen worden. Wir haben alle Mitglieder dieser Kasse, auch die Freiwilligen übernommen, darunter selbstständige Meister und solche Personen, die z. Zt. mehr als 2500 M. verdienen. Wir hielten uns zur Uebernahme aller dieser Personen verpflichtet und glauben daher, daß auch die Maurer-Innungskrankenkasse alle Mitglieder aus den Innungsbetrieben übernehmen muß, also auch diejenigen, die z. Zt. vielleicht 3000 M. Einkommen haben, aber seit Jahren freiwillige Mitglieder unserer Kasse sind.

Antwort: Art. 24 Einf.Ges. hat auf die vorliegende Frage gar keinen Bezug. Es kommt in der Tat nur § 250 Abs. 2 Satz 2 in Betracht. Danach können die in den Betrieben beschäftigten Versicherungsberechtigten der neu errichteten Innungskrankenkasse „beitreten", nämlich wenn die allgemeinen Voraussetzungen des Beitrittsrechts nach Gesetz und Satzung gegeben sind (§§ 176 bis 178). Daraus folgt, daß jedenfalls diejenigen, bei denen diese Voraussetzungen nicht vorliegen, Mitglieder der Ortskrankenkasse bleiben dürfen, da keine Vorschrift, aus der ein Erlöschen ihrer Versicherungsberechtigung hergeleitet werden könnte, besteht. Fraglich kann nur sein, ob für diejenigen, bei denen die allgemeinen Voraussetzungen des § 176 vorliegen, der § 250 Abs. 2 Satz 2 die Bedeutung hat, daß sie ihr Recht auf freiwillige Versicherung nur durch Beitritt zur Innungskrankenkasse ausüben können, also aus der Ortskrankenkasse ausscheiden müssen. Aus der Fassung der Vorschrift ist dies aber nicht zu entnehmen und es fehlt auch sonst an einer anderen Vorschrift, aus der hergeleitet werden könnte, daß ihre bisherige freiwillige Mitgliedschaft erlöschen müßte, solange sie das Beitrittsrecht gegenüber der Innungskrankenkasse nicht tatsächlich ausüben. Vgl. über ähnliche Fälle: Hahn in Arb.-Versorgg. 1912 S. 385, 386.

Schweigepflicht nach § 141 RVO.

3. **Nach Oberschöneweide.** Antwort: Bei der Beratung der Vorschrift wurde mehrfach betont, daß das Merkmal „unbefugter" Mitteilung ausgeschlossen sein kann, wenn dem Interesse des Versicherten überwiegende andere Interessen gegenüberstehen (Komm. Ber. I S. 242, 244). Wenn der Angestellte einer Betriebskrankenkasse, der zugleich Angestellter des Unternehmers ist, in seiner ersteren Eigenschaft davon Kenntnis erlangt hat, daß ein Arbeiter geisteskrank war, so wird der Angestellte unter Umständen nicht unbefugt handeln, wenn er den Arbeitgeber auf die mit der Wiedereinstellung des Arbeiters verbundene Gefahr aufmerksam macht. Man wird aber zum Schutze des Arbeiters fordern müssen, daß der Angestellte sich zuvor vergewissert, daß eine solche Gefahr für den Betrieb, für die anderen Arbeiter oder für andere mit dem Versicherten in Berührung kommende Personen wirklich besteht oder daß wenigstens mit ihr gerechnet werden muß. Denn es gibt doch auch akute geistige Erkrankungen; die bloße Möglichkeit einer neuen Erkrankung begründet keine hinreichend nahe Gefahr, die den Bruch der Schweigepflicht rechtfertigen könnte.

a) Vergütungen für die Ausschußmitglieder der Kasse. b) Mitfichführen von Ort zu Ort im Sinne des § 459 RVO. c) Versicherungspflicht und Beschäftigungsort der „Kollektanten".

4. **Nach Hermülheim.** Antwort: a) Da Ihre Satzung die Vorschriften über Vergütung für die Vorstandsmitglieder nicht ausdrücklich auch auf den Ausschuß für anwendbar erklärt und insoweit überhaupt keine Bestimmung enthält (§ 321 Ziff. 8), so dürfen den Ausschußmitgliedern nur solche Vergütungen gewährt werden, die sich auch ohne Satzungsbestimmung, unmittelbar aus dem Gesetz — § 21 RVO. — ergeben. Danach sind die baren Auslagen und den Vertretern der Versicherten auch noch der wirklich entgangene Arbeitsverdienst zu ersetzen; Pauschbeträge für Zeitverlust dürfen ihnen nicht gewährt werden. Dagegen erscheint die Anwendung des Abs. 1 des § 84 Ihrer Satzung auf die Ausschußmitglieder unbedenklich, weil insoweit nur eine sachgemäße und dem Gesetz entsprechende nähere Bestimmung der baren Auslagen vorliegt.

b) Ihre Auffassung des Begriffs „Wandergewerbe", wonach ein ständiger Wechsel des Beschäftigungsorts ohne regelmäßige Rückkehr zum ständigen Wohnort erforderlich sein soll, entspricht zwar nicht dem Gesetze (§ 55 GewOrdg.); dagegen haben Sie darin Recht, daß die Voraussetzung für die Anwendung der besonderen Vorschriften in §§ 459 ff. RVO. nicht vorliegen, weil der Arbeitgeber seine Beschäftigten nicht „von Ort zu Ort" mit sich führt. Davon kann nicht die Rede sein, wenn der Betrieb eines Kohlenhändlers sich darauf beschränkt, die Briketts von der Grube abzuholen, um sie in der benachbarten Großstadt, also nur an einem Orte, abzusetzen. Ueberdies ist nicht ersichtlich, ob denn in diesen Fällen der Händler selbst mitfährt; sonst kann

Digitized by Google

man doch überhaupt nicht sagen, daß er die im Wandergewerbe Beschäftigten (etwa den Kutscher und wen noch?) „mit sich" führt.

c) Kollektanten, die gegen Entgelt von einem Unternehmer beschäftigt werden, der vertraglich die Abhaltung von Kirchenkollekten für ganze Diözesenbezirke übernommen hat, sind versicherungspflichtig. Ob der Unternehmer oder die Kirchenbehörde als Arbeitgeber anzusehen ist, läßt sich nur unter Berücksichtigung der besonderen Gestaltung des Verhältnisses beurteilen. Wenn, wie anzunehmen ist, der Unternehmer das Risiko — z. B. für Verlust oder Unterschlagung der eingesammelten Gelder — trägt, so ist er der Unternehmer. Als Beschäftigungsort gilt nach § 154 der Sitz des Betriebes.

a) Fortdauer der Krankenversicherung bei Urlaub. b) Krankengeld und Beiträge bei fortlaufender Beschäftigung an drei Wochentagen.

5. Nach Stettin. Fragen: a) Sind Beiträge zu erheben und ist gegebenenfalls Krankengeld zu zahlen für eine 14tägige Urlaubszeit bei Fortdauer des Beschäftigungsverhältnisses ohne Lohnzahlung?

b) Eine Frau steht in einem festen Arbeitsverhältnis während der ersten drei Tage jeder Woche gegen einen Lohn von täglich 2 M. Die drei letzten Wochentage verrichtet sie nur Arbeiten im eigenen Haushalt. Als Grundlohn ist der Ortslohn festgesetzt. Sind Beiträge für drei oder für sechs Tage pro Woche zu erheben? Für wieviel Tage pro Woche ist Krankengeld zu zahlen?

Antwort: Zu a) Die Unterbrechung der wirklichen Arbeitsleistung ist kurz genug, um Fortdauer eines gelohnten Beschäftigungsverhältnisses anzunehmen, weil alsbald wieder eine Lohnzahlung stattfindet, die dem Arbeitgeber die Erfüllung der Beitragspflicht auch für die Zwischenzeit ermöglicht (vgl. die Entscheidungen bei Hahn, Handb. der Krankenvers. S. 177 Anm. 21 zu § 182 RVO.). Es sind daher Beiträge zu erheben und gegebenenfalls Krankengeld für die Tage zu zahlen, an denen der Versicherte außerhalb des Urlaubs zu arbeiten gehabt hätte.

Zu b) Beiträge sind nicht nur für Krankengeldtage, sondern für alle Tage der Woche zu erheben. Wir verweisen auf die ausführliche Erörterung von Hahn hier S. 153ff — Krankengeld ist nur für die drei Arbeitstage zu zahlen.

Versicherungspflicht der im Betriebe der Eltern beschäftigten Personen.

6. Nach Bomst. Frage: Von wem ist die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht für die als Gesellen oder Gehilfen in Betrieben ihrer Eltern beschäftigten Personen auszusprechen?

Antwort: Die Frage ist nicht recht klar. An sich können Gesellen und Gehilfen nicht deswegen von der Versicherungspflicht befreit werden, weil sie im Betriebe ihrer Eltern beschäftigt sind. Nehmen sie die gleiche Stellung ein, wie fremde Arbeiter, was Lohn, Art der Tätigkeit usw. betrifft, so stehen sie in einem regelrechten Arbeitsverhältnis und unterliegen daher der Krankenversicherungspflicht. Leisten sie aber den Eltern im Geschäft nur deshalb Dienste, weil sie von ihnen unterhalten werden und daher dazu verpflichtet sind (§ 1617 BGB.), so würde ein versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis nicht vorliegen. Eines besonderen Antrages auf Befreiung bedarf es dann gar nicht. Nur solche Personen, die als Lehrlinge im Betriebe ihrer Eltern beschäftigt sind, können auf deren Antrag von der Versicherungspflicht befreit werden (§ 174 Ziff. 1 RVO.). Hierüber entscheidet der Kassenvorstand und auf Beschwerde gegen dessen Entscheidung das Versicherungsamt endgültig (§ 175 RVO).

Keine Krankenversicherungspflicht eines von dem Armenverband mit Arbeiten beschäftigten Ortsarmen.

7. Nach Bromberg. Frage: Im städtischen Krankenhause ist eine taubstumme Ortsarme untergebracht zur Selbstbetätigung, die einen Kleiderzuschuß von 80 M. erhält. Wir bitten um Bescheid, ob diese Person der Krankenversicherungspflicht unterliegt. Wir nehmen an, daß sie eine dienende Stellung einnimmt und nur deshalb im Krankenhause untergebracht ist, weil sich sonst die Unterhaltungskosten bei fremden Leuten für den Ortsarmenverband teuerer stellen. Wir halten den Magistrat als Arbeitgeber verpflichtet, die Person anzumelden.

Antwort: Die Ortsarme ist nicht krankenversicherungspflichtig. Selbst wenn sie im Krankenhaus Dienste leistet, so tut sie dies offenbar nicht auf Grund freier Vereinbarung mit der Gemeinde, sondern auf Grund gesetzlicher Verpflichtung. Wer aus öffentlichen Armenmitteln unterstützt wird, kann in einer Arbeitsanstalt untergebracht werden und ist, wenn das geschieht, verpflichtet, für Rechnung des Armenverbandes die ihm angewiesenen Arbeiten nach dem Maße seiner Kräfte zu verrichten. Ferner kann auch die Unterstützung geeigneten Falles mittels Unterbringung in einem Armen- oder Krankenhause und mittels Anweisung der den Kräften des Hilfsbedürftigen entsprechenden Arbeiten innerhalb eines Krankenhauses gewährt werden. (§§ 1, 1a preuß. Ausf.Ges. zum Unterstützungswohnsitzgesetz.) Selbst wenn in solchen Fällen ein Barzuschuß gewährt werden sollte, so besteht, falls er für den Unterhalt bestimmt ist und die Ausgabe für diesen nicht übersteigt, keine Versicherungspflicht. Denn von einem freien Arbeitsverhältnis kann dann nicht die Rede sein.

Bitte um Auskunft.

Eine Krankenkasse will in dem Vertrag mit einem Ärzteverein als Honorar für die ärztliche Versorgung ihrer Kassenmitglieder an alle zugelassenen Ärzte ein Pauschquantum zahlen, dessen Höhe sich nach dem jeweiligen Mitgliederbestand richtet.

Sie will die Verteilung der gesamten Honorarsumme unter die Kassenärzte nicht dem Ermessen der Ärzte überlassen, sondern die Verteilungsgrundsätze vertraglich festlegen und so gestalten, daß die Ärzte an der ordnungsmäßigen Behandlung der Krankenkassen materiell interessiert sind.

Es wird um Mitteilung an die Schriftleitung der „Arbeiter-Versorgung" gebeten, ob und welche Kassen die Verteilungsgrundsätze vertraglich festgelegt und welchen Wortlaut sie haben.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1905 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Dippe; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe; Geh. Regierungsrat Professor Dr. Laß, Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Rat Dr. Olshausen; Geheimrat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1060 der ganzen Folge

31. Jahrgang | 1. April 1914 | Heft 10

Das Einspruchsverfahren der Unfallversicherung.

Von Magistratsassessor Dr. **Kurtzig**, stellv. Vorsitzenden des Versicherungsamts Berlin.

In seiner Abhandlung „Neuerungen im Verfahren der Unfallversicherung nach der RVO." (Nr. 30 und 31 dieser Zeitschrift) hat Herr Verwaltungsdirektor Lohmar zutreffend hervorgehoben, daß die Reichsversicherungsordnung auf dem Gebiet der Unfallversicherung erheblichere Aenderungen nur für das Verfahren, nicht auch für das materielle Recht gebracht habe. Von diesen Neuerungen haben wohl bislang die meisten Zweifel die Bestimmungen über das Einspruchsverfahren hervorgerufen und dies ist erklärlich, da es sich insoweit fast durchgehends um Vorschriften ohne Vorbild handelt, während das Berufungs- und Rekursverfahren in der Hauptsache unverändert geblieben ist. Mit Rücksicht hierauf sollen im Folgenden diejenigen Bestimmungen des Einspruchsverfahrens erörtert werden, welche den Versicherungsämtern und Berufsgenossenschaften in der Praxis erfahrungsgemäß Schwierigkeiten bereiten.

Das Einspruchsverfahren findet in drei Fällen vor dem Versicherungsamt statt:

1. in allen Fällen der Aenderung von Dauerrenten (§§ 1601 ff. RVO.);

   sofern es sich hierum nicht handelt,

2. falls der Versicherungsträger bestimmt, daß der Berechtigte vor dem Versicherungsamt vernommen werden solle oder

3. falls dies der Berechtigte selbst beantragt.

Zu dem ersten Falle mag lediglich bemerkt werden, daß die eine Bestimmung des Begriffs „Dauerrente" enthaltende bekannte, auch von Lohmar wiedergegebene Aeußerung des Reichsversicherungsamts vom 8. 4. 1913 (Arb. Versorgg. 1913, S. 396) selbst hervorgehoben hatte, sie sei nur „vorbehaltlich der Entscheidung im Spruchverfahren" ergangen; indessen — nämlich am 17. 9. 1913 — ist aber die hier 1913, S. 778 abgedruckte Entscheidung des Reichsversicherungsamts veröffentlicht worden, welche die in jener Aeußerung enthaltenen Darlegungen aufrecht erhält. Dieser oder jener Zweifel, welcher gegenüber der vorläufigen Aeußerung ausgesprochen worden ist, wird wohl gegenüber der Entscheidung nicht mehr durchzudringen vermögen.[1])

Hinsichtlich des zweiten und dritten Falles ist hervorzuheben, daß es genügt, wenn der Berechtigte seine Vernehmung durch das Versicherungsamt beantragt oder wenn der Versicherungsträger bestimmt, diese Vernehmung solle vor dem Versicherungsamt stattfinden. Nicht hinreichend ist dagegen eine derartige lediglich von dem Geschäftsführer ausgehende Bestimmung; es ist daher ganz zweckmäßig, wenn einige Berufsgenossenschaften, um ihrem

[1]) Zu demselben Ergebnis wie das Reichsversicherungsamt ist das Landesversicherungsamt Bayern gekommen. (Entsch. vom 1. 10. 1913, Archiv für Reichsversicherung 1913, S. 276.)

Digitized by Google

Vorstand einen weiteren Beschluß zu ersparen, bei Erteilung des Bescheides gleichzeitig beschließen, daß für den Fall der Erhebung des Einspruchs das Verfahren vor dem Versicherungsamt stattfinden solle. Kommt die Sache auf die eine oder andere Weise an das Versicherungsamt — dieses ist sowohl an den Beschluß des Versicherungsträgers wie an den Antrag des Berechtigten gebunden — so ist nunmehr dessen Zuständigkeit für das Einspruchsverfahren in vollem Umfange begründet, ob dies gewollt war oder nicht. Ausdrücklich gesagt ist dies im Gesetz allerdings nicht, aber die §§ 1595 ff. RVO. bestimmen zwingend, welche Maßnahmen das Versicherungsamt nach der vor ihm erfolgten Vernehmung des Berechtigten treffen muß oder treffen kann; der Möglichkeit, daß die Sache lediglich zwecks Vernehmung an das Versicherungsamt gelange, ist in der RVO. nicht gedacht, sie muß also als ausgeschlossen gelten. Diese Ansicht wird wohl auch von dem Reichsversicherungsamt geteilt; jedenfalls hat dieses in einem Falle, in welchem eine Verletzte Einspruch erhoben und lediglich ihre Vernehmung vor dem Versicherungsamt beantragt hatte, bemerkt: „Da sie (die Verletzte) in B. wohnt, so ist für ihre Vernehmung und damit für das ganze Einspruchsverfahren das Versicherungsamt B. zuständig." (Beschl. v. 1. 12. 1913 I 18226).

Die Berufsgenossenschaften fügen bisweilen ihren Formularschreiben, mit welchen sie ihre Akten nebst der Einspruchsschrift an das Versicherungsamt senden, Zusätze bei, in denen um Vernehmung bestimmter Zeugen im Einspruchsverfahren ersucht oder gebeten wird, dem Berechtigten die Führung irgend eines Nachweises aufzugeben. Selbstverständlich wird das Versicherungsamt eingehend zu prüfen haben, ob es im Interesse der Sache liegt, derartigen Ersuchen zu entsprechen. Dies dürfte in der Regel der Fall sein, aber eine Verpflichtung hierzu besteht nicht; der Vorsitzende des Versicherungsamts hat nach seinem pflichtmäßigen Ermessen den Gang des Verfahrens zu leiten und ist dabei an Anträge der Parteien (abgesehen von dem Falle des § 1596 RVO.) nicht gebunden. Grundsätzlich zurückzuweisen ist hingegen die von einigen Berufsgenossenschaften vertretene Ansicht, die Berufsgenossenschaft wolle, auch wenn sie die Vernehmung durch das Versicherungsamt beschlossen habe, sich deshalb doch nicht ihres Rechts entäußern, die etwa erforderlichen Beweiserhebungen in der Hauptsache selbst vorzunehmen, das Versicherungsamt habe demgemäß nicht oder in der Regel nicht Gutachten gemäß § 1595 RVO. zu erfordern, sondern habe sich insoweit auf Anregungen gegenüber den Berufsgenossenschaften zu beschränken. Die Versicherungsämter sind garnicht berechtigt, auf die ihnen durch das Gesetz gewährten Rechte zu verzichten, sie würden pflichtwidrig handeln und das Vertrauen der Versicherten verlieren, wenn sie Direktiven der Versicherungsträger entgegennehmen würden.

Die Zuständigkeit des Versicherungsamts bestimmt sich nach § 1592 in Verbindung mit §§ 1637 ff. RVO. Es ist also in der Regel dasjenige Amt zuständig, in dessen Bezirk der Versicherte zur Zeit des Antrags — d. h. hier der Erhebung des Einspruchs — wohnt oder beschäftigt ist. Dem Versicherungsträger steht das Recht zu, falls hiernach verschiedene Aemter in Betracht kommen, unter diesen zu wählen. Wünschenswert wäre es freilich, (wie dies anscheinend zumeist auch schon geschieht), wenn grundsätzlich das Versicherungsamt des Wohnorts gewählt würde. Dieser wird sich in der Regel ohne Schwierigkeit aus der Einspruchsschrift ergeben, für den Beschäftigungsort gilt dasselbe zumeist nicht und es führt zu einer unnötigen Mehrbelastung für die zur Zahlung der Schreib- und Portokosten verpflichteten Versicherungsträger und zu Verzögerungen, wenn das Versicherungsamt, welches als das des Beschäftigungsorts angegangen wurde, bei der Vernehmung feststellt, daß die Annahme der Berufsgenossenschaft, der Berechtigte werde in seinem Bezirk beschäftigt, unzutreffend war und wenn sodann die Akten zurückgesandt oder weitergegeben werden müssen. — Maßgebend für die Begründung der Zu-

Digitized by Google

ständigkeit ist der Zeitpunkt der Erhebung des Einspruchs. Verzieht also der Berechtigte oder wechselt er den Ort seiner Beschäftigung, so ist dies, was häufig nicht beachtet wird, rechtlich ohne Bedeutung, es bleibt nichts anderes übrig, als das nun einmal zuständige Amt anzugehen, welches seinerseits gemäß § 115 RVO. das für den nunmehrigen Wohnort des Berechtigten zuständige Amt um dessen Vernehmung ersuchen muß, falls diesem der Weg zu dem zuständig gebliebenen Amt nicht zugemutet werden kann. Einen, wenn auch nicht vollständig hinreichenden Ausweg bietet lediglich § 1592 Abs. 1 Satz 3 RVO. Handelt es sich um die Vernehmung des Berechtigten auf dessen Antrag, so kann dieser verlangen, vor dem für seinen Wohn- oder Beschäftigungsort zuständigen Amt vernommen zu werden und dieser Antrag begründet dann nach den m. E. zutreffenden Darlegungen des Reichsversicherungsamts in dem erwähnten Beschluß vom 1. 12. d. J. (I 18226) auch die Zuständigkeit jenes Amts für das weitere Verfahren.[1]) Es steht aber nichts im Wege, daß auch der Versicherungsträger einen entsprechenden Antrag des Berechtigten, nachdem dieser Einspruch eingelegt hat, herbeiführt, unter Umständen wird dies sogar mit Rücksicht auf die Verringerung von Portokosten u. dgl. im Interesse des Versicherungsträgers liegen.

Das zuständige Versicherungsamt hat zunächst den Berechtigten zu einem bestimmten Termin vorzuladen[2]); es ist nicht berechtigt, vor dessen Vernehmung Gutachten einzuholen oder Ermittelungen anzustellen. Die Vorladung erfolgt, soweit mir bekannt, ziemlich allgemein durch Brief mit Zustellungsurkunde. Gegen diese Praxis sind nun von dem Geschäftsführenden Ausschuß des Verbandes der dtsch. Berufsgenossenschaften (Vgl. die Ztschr. „Die Berufsgenossenschaft" vom 27. 5. 1913 S. 118) Bedenken im Hinblick auf die Kosten erhoben worden, da jedenfalls in Preußen die Berufsgenossenschaften nach dem Ministerialerlaß von 11. 10. 1912 die Kosten auch der Vorladungen zu erstatten haben, es möge die Vorladung zunächst durch einfachen Brief erfolgen und Ladung durch eingeschriebenen Brief nur stattfinden, falls der Berechtigte in dem anberaumten Termin nicht erscheine. Vereinzelt ist sogar die noch weitergehendere Ansicht vertreten worden, es genüge eine Vorladung mittels einfachen Schreibens überhaupt. Diese letzte Ansicht ist sicherlich unzutreffend; erscheint der Berechtigte im Termin nicht, so begibt es sich unwiderruflich des Rechts auf § 1596 RVO.[1]) und er verzichtet ferner darauf, dem Versicherungsamt die Möglichkeit zu eröffnen, die unter Umständen höchst wichtigen Begutachtungen und Ermittelungen gem. §§ 1595, 1598 RVO. zu veranlassen, das Versicherungsamt muß bei dieser Sachlage die bestimmte Ueberzeugung haben, daß der Berechtigte dies will, die Absendung eines vielen Zufälligkeiten unterliegenden einfachen Briefes kann jedoch zur Erlangung dieser Ueberzeugung nicht führen. Aber auch der von dem Ausschuß der Berufsgenossenschaften vorgeschlagene Weg ist aus Rechtsgründen, was vielleicht zu bedauern ist, nicht gangbar. Erscheint der Berechtigte auf Ladung durch einfachen Brief nicht, so fehlt jeder Anhalt für die Feststellung, ob er den Brief nicht erhalten hat oder ob er nicht erscheinen will. Da nun nach § 1593 Abs. 2 RVO., falls letzteres zutrifft, eine erneute Vorladung nicht stattfinden darf, so würde das von den Berufsgenossenschaften vorgeschlagene Verfahren in allen denjenigen Fällen

[1]) Nach dem jenem Beschlusse zu Grunde liegenden Sachverhalt hatte die Berechtigte lediglich beantragt, vor dem Versicherungsamt gehört zu werden. Hierzu sagt das Reichsversicherungsamt, diese Erklärung sei „selbstverständlich" dahin zu verstehen, daß sie gem. § 1592 RVO. vor dem Versicherungsamt ihres Wohnsitzes vernommen werden wollte. Ob dies wirklich selbstverständlich ist, erscheint mir allerdings zweifelhaft.

[2]) Die Vorladung hat in jedem Falle zu erfolgen, ein Verzicht ist unzulässig. (Vgl. hierzu die eingehenden Darlegungen von Stempel S. 553 dieses Blattes.) Daß die Ladung des Berechtigten ohne dessen Antrag zu erfolgen hat, hebt die Entscheidung 2644 in Heft 9 vom 15. 9. 1913 der Amtl. Nachr. des RVA. hervor. Ebenso Entsch. des bayr. L.V.A. vom 4. XI. 1913 („Archiv für Reichsvers." 1914 S. 44).

[1]) Vor dem Oberversicherungsamt hat er kein gleichwertiges Recht Vgl. die hier 1913 S. 769 ff. von Hoch eingehend erörterte Entscheidung des Reichsversicherungsamts Nr. 1737.

Digitized by Google

nicht dem Gesetz entsprechen, in denen der Berechtigte die Ladung empfangen, aber nicht befolgt hat.

Erscheint der Berechtigte vor dem Versicherungsamt, so erlangt er hierdurch keinen Anspruch auf Vergütung für bare Auslagen und Versäumnis. Dies wird aus § 1592 Abs. 1 Satz 4 RVO., woselbst das Gegenteil für die Vernehmung vor dem Versicherungsträger bestimmt ist, entnommen werden müssen, es ist auch die Ansicht des Reichsversicherungsamts. (Bescheid vom 9. 9. 1913, I 14279).[1]) Die Berufsgenossenschaften erlangen also dadurch, daß sie — wie dies anscheinend fast stets geschieht — beschließen, die Vernehmung solle vor dem Versicherungsamt, nicht vor ihnen stattfinden, einen nicht unerheblichen finanziellen Vorteil. Hierdurch wird übrigens der Kostenaufwand, welcher ihnen dadurch entsteht, daß die Versicherungsämter in einem Teil der zu ihrer Cognition gelangenden Fälle ärztliche Gutachten gem. § 1595 RVO. erfordern, reichlich ausgeglichen werden. Ganz unberücksichtigt mag noch hierbei die erhebliche Arbeitserleichterung und Ersparnis an Arbeitskraft bleiben, die sich die Berufsgenossenschaften durch die Abgabe der Einsprüche an das Versicherungsamt schaffen.

Ob die Vernehmung des Berechtigten durch den Vorsitzenden des Versicherungsamts bzw. dessen Stellvertreter erfolgen müsse oder ob eine Vernehmung durch einen Beamten dieser Behörde hinreiche, war, wie auch in dieser Zeitschrift bereits mehrfach hervorgehoben,[2]) streitig. Beispielsweise war das Oberversicherungsamt Cassel der ersteren Ansicht, während u. a. der Regierungspräsident in Oppeln die entgegengesetzte Meinung vertrat. Die Frage ist nunmehr von dem Reichsversicherungsamt in einer Entscheidung vom 17. 12. 1913 dahin entschieden worden, daß die erwähnte Vernehmung durch den Vorsitzenden oder durch einen Stellvertreter desselben vorgenommen werden müsse, die Zuziehung eines Protokollführers, welche das Oberversicherungsamt Danzig für erforderlich hält, wird von dem Reichsversicherungsamt hingegen nicht verlangt.[1]) So wenig erfreulich auch diese Entscheidung namentlich vom Standpunkt der größeren Versicherungsämter aus ist, für welche sie eine nicht unerhebliche Erschwerung des Geschäftsgangs bedeutet, ohne daß doch die Berechtigten oder die Versicherungsträger Vorteile hiervon hätten, so muß doch anerkannt werden, daß die erwähnte sehr eingehend begründete Entscheidung insbesondere aus der Entstehungsgeschichte der Reichsversicherungsordnung überzeugend darlegt, daß nur Vernehmungen durch die Vorsitzenden des Versicherungsamts der Absicht des Gesetzes entsprächen, die Praxis wird sich ihr denn auch sicherlich durchgehends anschließen.

Daß der vernehmende Beamte auf möglichst genaue Anführung der beweiserheblichen Tatsachen hinzuwirken hat, bestimmt § 1594 Satz 2 RVO. Die Erfahrung lehrt nun allerdings, daß die Berechtigten in der Regel nicht im Stande sind, Angaben von wesentlicher Bedeutung zu machen, die nicht in den Akten oder doch jedenfalls in der Einspruchsschrift enthalten sind. Erheblicheren Wert hat die Vernehmung meist nur in denjenigen, immerhin nicht allzu zahlreichen Fällen, in denen streitig ist, ob ein Unfall als erwiesen anzusehen ist. Die Berechtigten legen auch selbst fast stets auf die Anführung von Tatsachen weit weniger Wert als auf das Vorbringen ihres Verlangens, es möge gegenüber dem von der Berufsgenossenschaft gehörten Arzt ein anderer „unparteiischer" Arzt gehört

[1]) Ebenso mit eingehender Begründung Stempel hier 1913 S. 556. Es war dies auch die Ansicht der Reichstagskommission. (Hanow-Lehmann zu § 1592 Nr. 2). — Das Versicherungsamt ist auch nicht berechtigt, das persönliche Erscheinen anzuordnen, auch nicht zur mdl. Vhlg. im qualifizierten Einspruchsverfahren, in welchem, falls eine derartige Anordnung zulässig wäre, gem. § 40 Satz 3 der Kais. Vdg. über den Geschäftsgang der Versicherungsämter eine Vergütung für Auslagen und Versäumnis zu zahlen wäre. Vgl. auch insoweit Stempel a. a. O. S. 554, and. Anf. (ohne Begründung) Lohmar S. 725.

[2]) Vgl. einerseits Stempel S. 554 ff., welcher eine Vernehmung durch einen Bureaubeamten für unzulässig hält, andererseits Grieshammer S. 809 f (mit Rücksicht auf das Invalidenversicherungsverfahren, in dem jedoch die Rechtslage nicht ganz dieselbe ist wie im Unfallversicherungsverfahren).

[1]) Ebenso Preuß. Min. Erl. vom 6. III. 1914. (H. M. Bl. S. 124/5).

Digitized by Google

werden. Eine Vernehmung, in der dieser Antrag nicht gestellt wird, gehört zu den Seltenheiten. Wie hat sich der vernehmende Beamte diesem Verlangen gegenüber zu verhalten? Aufzunehmen hat er den Antrag selbstverständlich immer, selbst wenn er zweifellos unzulässig ist, (weil nämlich weder die Voraussetzungen des § 1595 RVO. vorliegen noch Zahlung der Kosten gem. § 1596 erfolgt). Ist der Berechtigte der Belehrung zugänglich, so wird er darauf hinzuweisen sein, daß seinem Antrage entsprochen werden müsse, falls er einen Vorschuß leiste, daß hingegen anderenfalls, auch wenn die sonstigen Voraussetzungen des § 1595 RVO. vorlägen, die Entscheidung dem Versicherungsamt zustünde. Eine Auflage an den Berechtigten, die Kosten gem. § 1596 zu zahlen, ist unzulässig und zwar selbst dann, wenn er offenkundig zur Zahlung dieser Kosten im Stande ist. Die Zahlung hängt lediglich von ihm ab. Es ist daher unzutreffend, wenn bisweilen von Berufsgenossenschaften die Ansicht vertreten wird, das Versicherungsamt hätte ein Gutachten gem. § 1595 nicht erfordern dürfen, hätte vielmehr den Berechtigten auf die Zahlung gem. § 1596 verweisen müssen. Ist Zahlung gem. § 1596, gleichviel aus welchem Grunde, nicht erfolgt, so hat das Versicherungsamt frei zu entscheiden, ob die Voraussetzungen zur Einholung eines Gutachtens gem. § 1595 gegeben sind, allenfalls wird die Erwägung gestattet sein, daß Berechtigte, welche trotz offenkundiger Zahlungsfähigkeit den Vorschuß nicht leisten, von ihrem Recht selbst nicht eben sehr überzeugt erscheinen, weshalb in solchen Fällen mit besonderer Vorsicht geprüft werden muß, ob ein Gutachten gem. § 1595 für die Entscheidung von Bedeutung zu werden verspricht. — Bemerkt mag an dieser Stelle werden, daß die §§ 1595, 1596 RVO. auch gelten, wenn die Vernehmung des Berechtigten vor dem Versicherungsträger (d. h. mindestens vor einem Vorstandsmitglied, eine Vernehmung vor dem Geschäftsführer ist unzureichend!) stattfindet (so auch Hanow-Lehmann zu §§ 1595, 1596). Stellt also der Berechtigte dort einen Antrag auf Vernehmung eines Arztes, so müssen die Akten dem Versicherungsamt zur weiteren Veranlassung übersandt werden.

Unter welchen Voraussetzungen darf nun ein Gutachten gem. § 1595 erfordert werden? Die eine Voraussetzung, daß nämlich der Verletzte bei seiner Vernehmung einen Antrag auf Anhörung eines anderen Arztes gestellt hat, wird, wie erwähnt, fast stets gegeben sein. Darüber jedoch, unter welchen Umständen die beiden anderen Voraussetzungen, nämlich

a) Fehlen der Anhörung eines von dem Verletzten selbstgewählten behandelnden Arztes

und

b) Erheblichkeit des Gutachtens für die Entscheidung

als vorliegend zu erachten sind, besteht vielfach Streit, wie auch die eingangs erwähnte Abhandlung von Lohmar erkennen läßt.

Was die Voraussetzung zu a) anlangt, so ist zunächst die bisweilen vertretene Ansicht abzulehnen, § 1595 RVO. fände überhaupt nur bei der ersten Rentenfestsetzung, nicht aber auch bei einer Rentenänderung Anwendung. Worauf sich diese Ansicht gründet, ist nicht zu erkennen; weder aus dem Wortlaut des Gesetzes ist eine derartige Unterscheidung herzuleiten noch ergeben die Materialien zur RVO. in dieser Hinsicht das Geringste. Das Reichsversicherungsamt hat denn auch in einem Bescheide vom 24. 6. 1913 bemerkt, daß nicht einzusehen sei, weshalb nicht auch bei einer anderweiten Rentenfeststellung von einer Behandlung durch einen von dem Verletzten selbstgewählten Arzt die Rede sein könne. Ich möchte glauben, daß insoweit in der Tat ein berechtigter Zweifel nicht obwalten kann. Eher können hingegen Bedenken hinsichtlich der weiter zu erörternden Fragen auftauchen.

1. Welcher Arzt ist als ein Arzt anzusehen, dem der Berechtigte nach eigener Wahl seine Behandlung übertragen hat?

2. Wann ist ein Arzt „gehört" im Sinne des § 1595 Abs. 1.

3. Kann § 1595 überhaupt Anwendung finden, wenn der Versicherungsträger einen

Digitized by Google

selbstgewählten Arzt zwar nicht gehört hatte, ihn aber auch nicht hören konnte, weil ein derartiger Arzt nicht vorhanden war?

Die erste Frage ist am leichtesten zu beantworten. Ein Arzt, dem der Verletzte von der Berufsgenossenschaft zur Behandlung überwiesen wurde, ist natürlich kein Arzt eigener Wahl und wird es auch nicht dadurch, daß der Verletzte ohne Widerspruch dauernd in seiner Behandlung blieb, denn hieraus allein ist nicht zu entnehmen, daß er eben diesen Arzt auch gewählt oder beibehalten hätte, wenn er in seiner Wahl unbeschränkt gewesen wäre. Dasselbe gilt auch für Aerzte, denen eine Krankenkasse die Behandlung übertragen hat, namentlich werden hier von der Kasse verfügte Einweisungen in bestimmte Krankenhäuser in Betracht kommen. Ebenso ist die Rechtslage, wenn der Verletzte infolge des Unfalls ohne Besinnung war und in diesem Zustande von der Armenverwaltung oder der Polizei in ein Krankenhaus gebracht wurde. Stand jedoch dem Berechtigten als Mitglied einer Krankenkasse die Wahl unter mehreren Aerzten — und seien es auch nur zwei[1]) — frei und hat er einen von diesen gewählt, so wird ein solcher Arzt als Arzt eigener Wahl unbedenklich anzusehen sein. Dies ist auch die Ansicht des Reichsversicherungsamts (Beschluß vom 30. 10. 1913). Es wird dies auch dann zu gelten haben, wenn die Satzung der Krankenkasse entsprechend der in § 369 RVO. zugelassenen Bestimmung festsetzt, daß nach einmal getroffener Wahl der Arzt während desselben Versicherungsfalles oder Geschäftsjahres nur mit Genehmigung des Vorstands gewechselt werden dürfe. — Es ist, wenn es sich nicht aus den Akten bereits unzweifelhaft ergibt, bei der Vernehmung des Berechtigten festzustellen, ob sich unter den schon gehörten Aerzten ein solcher eigener Wahl befindet, da nur, wenn dies feststeht, entschieden werden kann, ob § 1595 RVO. Anwendung zu finden vermag.

Erheblich zweifelhafter ist die Entscheidung der zweiten Frage. Darüber konnte m. E. allerdings von vornherein kein Zweifel bestehen, daß es nicht genügt, wenn ein selbstgewählter behandelnder Arzt irgend wann einmal gehört worden ist, sondern daß er in dem derzeit schwebenden Rentenfestsetzungsverfahren gehört sein muß. Die gegenteilige, von nicht wenigen Berufsgenossenschaften (schwerlich wohl auch von irgend einem Versicherungsamt) vertretene Ansicht führt zu unmöglichen Konsequenzen. Welchen Wert sollte es wohl für die in Streit stehende Rentenherabsetzung haben, wie sich der selbstgewählte Arzt beispielsweise zwei Jahre früher kurz nach dem Unfall, als der Verletzte noch in Heilbehandlung stand und von Gewöhnung keine Rede sein konnte, geäußert hat? Unlängst ist nun auch (hier S. 797) der Beschluß des Reichsversicherungsamts vom 4. 7. 1913 veröffentlicht worden, der mit aller Deutlichkeit ausspricht:

„Als Aerzte eigener Wahl im Sinne des § 1595 a. a. O. kommen solche Aerzte, die, wie Dr. J., früher einmal, wenn auch über denselben Unfall, Gutachten erstattet haben, nicht in Frage, sondern es kann sich dabei nur um Aerzte handeln, die in dem gegenwärtigen, durch den mit Einspruch angefochtenen Bescheid in Lauf gesetzten Verfahren gehört worden sind."

In welcher Weise muß sich nun aber der behandelnde Arzt (falls mehrere vorhanden sind, genügt die Anhörung eines derselben) geäußert haben? Ein besonders eingehendes und den Prozentsatz der vorliegenden Erwerbsminderung genau angebendes Gutachten wird nicht gefordert werden können, wohl aber wird zu verlangen sein, daß die Aeußerung des behandelnden Arztes das Krankheitsbild mit hinreichender Bestimmtheit erkennen läßt sowie auch die Folgen der Erkrankung, soweit eine Erwerbsminderung in Betracht kommt, angibt und zwar nicht ohne jede Begründung. Der Zweck des § 1595 RVO. kann doch nur der sein, daß ein Arzt, der nicht von dem Versicherungsträger bestellt ist, zu Worte kommt und dies in einer Weise, welche die Ansicht ebendieses Arztes mit hinreichender Bestimmtheit erkennen läßt und eine Stellungnahme zur Sache ermöglicht, welche in medizinischer Hinsicht nicht ganz allein auf dem Gutachten

[1]) Nach § 369 RVO. haben die Krankenkassen im Regelfalle ihren Mitgliedern die Auswahl zwischen mindestens 2 Aerzten freizulassen.

Digitized by Google

des Genossenschaftsarztes beruht. Ob die von der Berufsgenossenschaft eingeholte Aeußerung des behandelnden Arztes unter Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte als hinreichend anzusehen ist oder nicht, wird nach Lage des einzelnen Falles zu entscheiden und kann, wie zugegeben, unter Umständen zweifelhaft sein. Jedenfalls aber ist es m. E. nicht hinreichend, wenn, wie dies vorkommt, dem Arzt lediglich 4 oder 5 auf einem Formular stehende kurz zu beantwortende Fragen (darunter womöglich keine solche über den derzeitigen Zustand des Berechtigten) vorgelegt werden und ihm gleichzeitig mitgeteilt wird, daß für die Beantwortung nur ein bestimmt bemessener geringer Betrag gezahlt würde, eine Bemerkung, welche zudem den Arzt in der Regel davon abhält, seine Ansicht selbst in denjenigen Fällen irgendwie eingehender zu begründen, in denen dies aus sachlichen Gründen durchaus erforderlich ist, da er zu dem Glauben gelangen muß, es würde auf seine Ansicht doch kein Wert gelegt. Es kann auch aus dem Umstande, daß § 1595 RVO. davon spricht, der selbstgewählte behandelnde Arzt müsse „gehört" werden, falls dies aber nicht geschehen sei, sei (auf Antrag) ein „Gutachten" einzuholen, nicht geschlossen werden, dieses Gehör sei weniger als ein Gutachten. Beide Worte haben dieselbe Bedeutung. Zunächst wird man dies schon um deswillen annehmen können, weil nicht einzusehen ist, weshalb es hinreichen soll, daß sich der selbstgewählte Arzt nur unzureichend geäußert zu haben braucht, während der bestellte Gutachter in günstigerer Lage sein soll; die Richtigkeit dieser Ansicht läßt sich aber auch aus der Entstehungsgeschichte des Gesetzes dartun. Bei der Kommissionsberatung (des § 1572 der Kommissionsbeschlüsse zweiter Lesung, § 1595 des Gesetzes) brauchte der Regierungsvertreter die Worte „gehört" und „Gutachten" als gleichbedeutend, insbesondere auch im Hinblick auf § 1572a der Kommissionsbeschlüsse (§ 1596 des Gesetzes), woselbst von Einholung eines Gutachtens die Rede ist und das Wort „gehört" überhaupt nicht vorkommt. Die Kommissionsverhandlungen ergeben nichts in der Hinsicht, daß etwa von irgend einer Seite den gedachten beiden Worten verschiedene Bedeutung beigemessen worden wäre. Endlich ist auch darauf hinzuweisen, daß § 1582 Abs. 1 RVO. bestimmt:

„Soll auf Grund eines ärztlichen Gutachtens die Entschädigung abgelehnt oder nur eine Teilrente gewährt werden, so ist vorher der behandelnde Arzt zu hören, wenn er nicht schon ein ausreichendes Gutachten erstattet hat."

Es werden sonach auch hier die beiden Worte anscheinend als gleichbedeutend gebraucht.[1])

Schluß folgt.

Die Behandlung der Erstattungsansprüche aus § 50 KVG. nach dem 1. Januar 1914.

Von **Dr. jur. Richard Astfalck** in Berlin-Wilmersdorf.

Nach § 58 des Krankenversicherungsgesetzes entschied bei Streit über Erstattungsansprüche aus § 50 desselben Gesetzes in erster Instanz die Aufsichtsbehörde. War am ersten Januar 1914 ein solches Verfahren bei der Aufsichtsbehörde anhängig, so war gemäß Art. 86 Einf.Ges. zur RVO. die Sache an das Versicherungsamt abzugeben; für das weitere Verfahren sollen dann die Vorschriften der RVO. gelten. Der Erstattungsanspruch aus § 50 KVG. in seiner Eigenart ist nun der RVO. fremd; sie hat ihn wegen seiner offensichtlichen Härten nicht übernommen und sich auf die Aufstellung von Strafbestimmungen für Versäumung und Verspätung der Anmeldung, die übrigens mit geringerem Strafrahmen das KVG. auch schon hatte, beschränkt. (§§ 530, 531 RVO.). Die RVO. enthält

---

[1]) Die Anhänger der entgegenstehenden Ansicht meinen, die Anhörung des behandelnden Arztes im Sinne des § 1595 RVO. sei dasselbe wie die in § 69 des früheren Gewerbeunfallversicherungsgesetzes vorgeschriebene Anhörung. Ein Beweis für diese Behauptung ist mir nicht bekannt geworden.

Digitized by Google

demgemäß auch keine Vorschrift über das bei der prozessualen Erledigung dieser Erstattungsansprüche anzuwendende Verfahren. In den Uebergangsvorschriften des Einf.Ges. zur RVO. ist eine solche Vorschrift ebenfalls nicht enthalten, und auch der Bundesrat hat von der ihm durch Artikel 100 Einf.Ges. zur RVO. verliehenen Befugnis in Bezug auf die Regelung dieser Materie keinen Gebrauch gemacht. Es ist hier also sichtlich eine Lücke in der Gesetzgebung vorhanden, die nur durch entsprechende Anwendung der Vorschriften der RVO. ausgefüllt werden kann. Dazu gilt es zunächst, den rechtlichen Charakter des in Rede stehenden Anspruchs zu ermitteln. Abzulehnen ist hier die Ansicht, daß der Anspruch aus § 50 KVG. strafrechtlicher Natur sei. Die Verpflichtung aus § 50 KVG. soll zwar auch vorbeugend wirken und den Arbeitgeber durch die Gefahr des Ersatzes der hohen Unterstützungskosten zur rechtzeitigen Bewirkung der Anmeldung bewegen, im wesentlichen bezweckt sie aber einen Schutz der Kasse vor der Gefahr, Unterstützungen für einen Versicherten leisten zu müssen, für den sie bis zum Eintritt des Versicherungsfalls keine Beiträge erhalten hat. Zu den strafrechtlichen Bestimmungen gehört also § 50 KVG. nicht. Daß auch das KVG. die Bestimmung des § 50 nicht als Strafbestimmung aufgefaßt wissen will, ergibt sich übrigens auch aus seiner Stellung im KVG. selbst, so wie daraus, daß die Anfechtung der Entscheidung der Aufsichtsbehörde im ordentlichen Rechtswege vor den Zivilgerichten oder im Verwaltungsstreitverfahren zu erfolgen hatte (§ 58 Abs. 1 KVG.). Strafrechtlich wird der Tatbestand übrigens durch die Strafvorschrift des § 81 KVG. getroffen.

Daraus ergibt sich ohne weiteres, daß der Anspruch auch nach dem 1. Januar 1914 weiter besteht, ohne Rücksicht darauf, ob er zu diesem Zeitpunkt bereits anhängig gemacht ist oder nicht. Der strafrechtliche Grundsatz, daß immer das mildeste Recht zur Anwendung kommt, und der hier bedeuten würde, daß mit dem 1. Januar 1914 alle Erstattungsansprüche aus § 50 KVG., über die noch nicht rechtskräftig entschieden ist, untergegangen wären, kann nach dem oben Gesagten hier keine Geltung beanspruchen. Der Anspruch aus § 50 KVG. gehört vielmehr zu den vermögensrechtlichen Ansprüchen, hinsichtlich deren, wie die Begründung zu Art. 5 Einf.Ges. zur RVO. (Seite 23) bemerkt, die alten Gesetze insofern weiter wirken, als die nach ihnen erworbenen Ansprüche und Anwartschaften weiter bestehen.

Der Anspruch aus § 50 KVG. kann, wenn man ihn in das System der der RVO. bekannten subjektiven Rechte einreihen will, nur als Anspruch aus der Krankenversicherung aufgefaßt werden. Wie bei diesem, ist für seine Geltendmachung Voraussetzung der Eintritt des Versicherungsfalls. Mit der Befriedigung des dem Versicherten zustehenden Anspruchs durch die verpflichtete Kasse geht der Anspruch kraft Gesetzes auf die leistende Kasse über, dergestalt, daß jetzt der säumige Arbeitgeber der Verpflichtete ist. Umfang und Inhalt des der Kasse aus § 50 KVG. zustehenden Anspruchs sind mit dem ursprünglichen Anspruch des Versicherten identisch; der in Anspruch genommene Arbeitgeber könnte dagegen dieselben Einwendungen erheben, die die Kasse gegen den Versicherten geltend machen könnte. Es müssen hier also die Vorschriften über das Spruchverfahren angewandt werden, das die RVO. stets für Entscheidungen über vermögensrechtliche Ansprüche, die durch den Eintritt des Versicherungsfall entstanden sind, vorsieht. Wenn die Krankenkasse an Stelle des Arbeitgebers einem auf dessen Antrag von der Versicherungspflicht Befreiten Leistungen gewährt, so hat sie gegen den Arbeitgeber einen Erstattungsanspruch (§§ 422, 435 RVO.); über diesen Anspruch, der von allen der RVO. bekannten subjektiven Rechten noch die meiste innere Verwandtschaft mit dem hier in Rede stehenden hat, ist gleichfalls im Spruchverfahren zu entscheiden (§ 422 Abs. 3). Dem gegenüber kann nicht eingewendet werden, daß in allen Fällen, in denen eine ausdrückliche anderweitige Bestimmung des anzuwendenden Verfahrens fehlt, gemäß § 1480 RVO. das

Digitized by Google

Beschlußverfahren anzuwenden sei. Daß hier eine ausdrückliche Bestimmung fehlt, beruht nach den obigen Erörterungen ausschließlich auf einem Versehen der Gesetzgebung. Anzuwenden sind grundsätzlich die §§ 1636 ff. RVO. Vielfach wird sich wegen des § 1637 RVO. hierdurch die Zuständigkeit ändern und eine Abgabe an ein anderes VA. notwendig sein; diese Möglichkeit besteht aber auch für alle andern am 1. Januar 1914 schwebenden Ansprüche aus der Krankenversicherung.

Durch diese Einreihung des Anspruches aus § 50 KVG. in das System der subjektiven Rechte der RVO. erledigt sich auch die Frage, wie bei solchen Erstattungsansprüchen zu verfahren sei, die am 1. Januar 1914 noch nicht anhängig gemacht waren. Hier fehlt es an einer entsprechenden Bestimmung, die, wie Art. 86 EG. zur RVO., schlechthin die Abgabe der bei der Aufsichtsbehörde einer Krankenkasse anhängigen Streitsache an das VA. vorschreibt. Wenn man aber, was oben begründet worden ist, den Anspruch aus § 50 KVG. als einen solchen aus der Krankenversicherung aufzufassen berechtigt ist, dann sind auch hier für das Verfahren ohne Einschränkung und ohne daß es seiner besonderen Bestimmung bedürfe, die für die Ansprüche aus der Krankenversicherung geltenden §§ 1636 ff. anzuwenden.

Anmerkung der Schriftleitung: Da wir in der hier erörterten Frage im engen Rahmen einer Auskunft eine abweichende Ansicht vertreten und begründet haben — in Nr. 5, S. 127, Ziff. 1a —, so halten wir für geboten, alsbald zu den vorstehenden Ausführungen Stellung zu nehmen. Sie sind gewiß interessant und, wie zuzugestehen ist, im Ergebnis befriedigender, da sie, wenn man sie grundsätzlich anerkennen könnte, einen Weg für die Geltendmachung auch der bis zum 31. Dezember 1913 noch nicht anhängig gewordenen Ansprüche aus § 50 KVG. eröffnen, während unsere Auffassung dazu führt, daß solche Ansprüche vom 1. Januar 1914 nicht mehr anhängig gemacht, sondern nur weiter verfolgt werden können, wenn sie schon vorher anhängig waren. Indessen erscheint es uns doch zu gewagt, die Erstattungspflicht des Arbeitgebers aus § 50 KVG. den „Leistungen aus der Krankenversicherung" zuzuzählen, über die nach § 1636 RVO. im Spruchverfahren entschieden wird. Was zu diesen Leistungen gehört, ergibt sich aus § 1551. Dort sind in Abs. 2 und 3 gewisse Sonderfälle aufgeführt, in denen Leistungen „auch" als Leistungen der Krankenversicherung „gelten", nämlich *gelten*, obwohl sie es nicht eigentlich *sind*. Daraus wird klar, daß grundsätzlich — nach § 1551 Abs. 1 — Leistungen der Krankenversicherung nur solche sind, welche die Krankenkasse oder ein sonst Verpflichteter dem Berechtigten *auf Grund des Versicherungsverhältnisses* zu gewähren hat. Ein „sonst Verpflichteter" im Sinne des Abs. 1 kann gewiß auch der Arbeitgeber sein, wenn er nämlich dem Versicherten gegenüber an Stelle der Krankenkasse steht (vgl. z. B. § 221). Wenn aber der Anspruch des Versicherten von der Krankenkasse erfüllt ist und diese nunmehr aus irgend einem Rechtsgrunde von einem anderen, insbesondere vom Arbeitgeber, Erstattung ihrer Aufwendungen fordert, so handelt es sich nimmermehr um Leistungen aus der Versicherung im Sinne der §§ 1551, 1636. Eben deshalb mußte das Gesetz ja im Falle des § 422, wie auch für andere Fälle (§ 224), besonders bestimmen, daß Streit über den Erstattungsanspruch im Spruchverfahren entschieden wird. Eben deshalb ist es auch nicht angängig, Erstattungsansprüche aus § 50 KVG., für die es an einer entsprechenden Bestimmung fehlt, dem Spruchverfahren zuzuweisen. Wir glauben daher unsere Ansicht, daß gemäß § 1780 im Beschlußverfahren zu entscheiden ist, aufrecht halten zu müssen.

Digitized by Google

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Wählbarkeit der Versicherungsvertreter zu den Organen der Versicherungsträger.

Erlaß des preuß. Ministers für Handel und Gewerbe vom 6. März 1914 (HMBl. S. 124).

Es ist die Frage aufgeworfen, ob sich § 13 Abs. 3 RVO., wonach Mitglieder einer Behörde, die Aufsichtsbefugnisse über einen Versicherungsträger hat, zu den Organen der Versicherungsträger nicht wählbar sind, nur auf die beamteten Mitglieder bezieht. Hierüber hat auf Grund der §§ 24, 33 a. a. O. in letzter Instanz das Reichsversicherungsamt zu entscheiden. Bis zu einer etwa ergehenden anderen Entscheidung dieser Behörde werden aber die Versicherungsbehörden davon ausgehen müssen, daß nach §§ 68, 69 a. a. O. jedenfalls beim Oberversicherungsamte die gewählten „Beisitzer" nicht als „Mitglieder" anzusehen sind. Das gleiche wird für das Versicherungsamt zu gelten haben (§§ 39, 40 a. a. O.), da auch hier der beamtete Vorsitzende und sein Stellvertreter als die „Mitglieder" im Gegensatze zu den „Beisitzern" anzusehen sein werden. Beim Reichsversicherungsamt werden allerdings nach §§ 85, 87 a. a. O. die Gewählten als „nichtständige Mitglieder" bezeichnet, jedoch ist es sehr zweifelhaft, ob sie nach der Absicht des Gesetzes als „Mitglieder" im Sinne des § 13 Abs. 3 a. a. O. zu gelten haben (vergl. Hanow, Kommentar zur RVO. Bd. I, Anm. 7 zu § 13).

Im übrigen berührt die Vorschrift in § 13 Abs. 3 nur die Wählbarkeit zu den Organen der Versicherungsträger und bezieht sich nicht auf die Wahlen zu den Versicherungsbehörden.

Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter, Zuziehung eines Schriftführers.

Erlaß der preuß. Minister für Handel usw. und des Innern vom 6. März 1914 (HMBl. S. 124).

Im Einverständnis mit dem Herrn Reichskanzler (Reichsamt des Innern) weisen wir darauf hin, daß in dem Verfahren vor den Versicherungsämtern für die Aufnahme der Niederschriften ein vereidigter Schriftführer nur in den Fällen zugezogen werden muß, in denen dies ausdrücklich vorgeschrieben ist, nämlich bei der Beweisaufnahme nach § 28 der Verordnung über den Geschäftsgang pp. der Versicherungsämter vom 24. Dezember 1911 und bei der mündlichen Verhandlung nach § 45 a. a. O.

Im übrigen bedarf es eines Schriftführers nicht. Dies gilt insbesondere für die Aufnahme der Aeußerung des Berechtigten im Einspruchsverfahren nach § 1594 RVO., weil es sich hierbei weder um eine Beweisaufnahme noch um eine mündliche Verhandlung im Sinne des § 45 der Verordnung vom 24. Dezember 1911 handelt. Wird dennoch aus Zweckmäßigkeitsgründen ein Schriftführer zugezogen, so ist er nach § 1 der vorerwähnten Verordnung und Nr. 3 des Erlasses vom 8. Juli 1912 (HMBl. S. 393) zu vereidigen.

Anmerkung: In diesem Sinne haben wir uns in der Anmerkung zu einer Entscheidung des Oberversicherungsamts Danzig, hier S. 142, geäußert.

Eine Vorentscheidung durch den Vorsitzenden ist unzulässig, wenn bereits eine mündliche Verhandlung vor der Spruchkammer stattgefunden hat.

Entsch. des Reichsversicherungsamts v. 30. Dez. 1913.

Der Rekurs mußte zur Aufhebung der Vorentscheidung und zur Zurückverweisung der Sache an das Oberversicherungsamt führen, da das Verfahren vor dem Oberversicherungsamt an einem wesentlichen Mangel leidet. Es kann nämlich eine Vorentscheidung durch den Vorsitzenden der Spruchkammer des Oberversicherungsamts dann nicht mehr für zulässig erachtet werden, wenn, wie hier, in der Sache bereits eine mündliche Verhandlung vor der Spruchkammer stattgefunden hat. Dies ist allerdings nicht ausdrücklich in der Reichsversicherungsordnung ausgesprochen worden. Nach dem Wortlaut des § 1657 der Reichsversicherungsordnung kann der Vorsitzende in allen Sachen ohne mündliche Verhandlung eine Vorentscheidung treffen, was indessen nur dahin verstanden werden kann, daß das Gesetz hinsichtlich der Art der zur Entscheidung kommenden Sachen keinerlei Einschränkung will. Nicht dagegen ist die Bestimmung dahin auszulegen, daß der Vor-

Digitized by Google

sitzende auch in jeder Lage des Verfahrens allein die Entscheidung treffen kann. Die Richtigkeit dieser Auffassung erhellt mit Sicherheit aus der Entstehungsgeschichte des § 1657 (Wird näher ausgeführt).

Diese Entstehungsgeschichte zeigt also, daß für die §§ 1657 ff. der Reichsversicherungsordnung die Vorschriften des preußischen Gesetzes über die allgemeine Landesverwaltung vom 30. Juli 1883 als Vorbild gedient haben. Der entsprechende § 64 des preußischen Gesetzes bestimmt aber, daß die Klage durch Bescheid zurückgewiesen werden kann, wenn sich der erhobene Anspruch sofort als rechtlich unzulässig oder unbegründet herausstellt. Daraus ergibt sich ohne weiteres, daß dieser Bescheid nur zu Beginn des Verfahrens zulässig ist. Nach der Rechtsprechung des preußischen Oberverwaltungsgerichts ist der Erlaß eines Bescheides schon unzulässig, wenn der Beklagte zur Gegenerklärung aufgefordert worden ist und eine solche eingereicht hat. Unverkennbar ist demnach auch in dem Verfahren nach der Reichsversicherungsordnung die gesetzgeberische Absicht bei Einführung der Vorentscheidung die gewesen, daß in eiligen und klarliegenden Sachen anstelle der mündlichen Verhandlung sofort nach Eingang der Sache eine Vorentscheidung gefällt werden könne, nicht dagegen auch noch dann, wenn die Sache bereits verhandelt worden ist. An den Wortlaut des preußischen Gesetzes hatte sich übrigens schon die Kaiserliche Verordnung vom 1. Dezember 1890, betreffend das Verfahren vor den auf Grund des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes errichteten Schiedsgerichten (Amtl. Nachr. des RVA. Ju. AV 1891 S. 11) im § 6 angelehnt, in dem bestimmt ist, daß der Vorsitzende Berufungsanträge, die sich sofort als rechtlich unzulässig oder offenbar unbegründet herausstellten, durch einen mit Gründen zu versehenden Bescheid zurückweisen konnte, gegen den der Antrag auf mündliche Verhandlung zulässig war. Daß bei der Vorschrift der Reichsversicherungsordnung (§ 1657) an eine Vorentscheidung nach mündlicher Verhandlung nicht gedacht war, geht auch daraus hervor, daß der Staatssekretär des Innern in der Reichstagskommission darauf hinwies, daß es zweckmäßig sei, geeignete Sachen von vornherein von der mündlichen Verhandlung fernzuhalten. Bemerkt mag endlich noch werden, daß auch in der Literatur von keiner Seite die Ansicht vertreten wird, daß eine Vorentscheidung noch nach mündlicher Verhandlung erlassen werden könne. Ob die Ansicht von Appelius, daß der Vorsitzende zunächst seinerseits Beweise erheben könne, und dann noch zur Vorentscheidung befugt sei (zu vergl. Anm. 1 zu § 1657 der RVO. in dem Kommentar von Düttmann-Appelius zutreffend ist, kann dahingestellt bleiben. (S. Rev.-Entsch. 644, Amtl. Nachr. des RVA. 1898 S. 320).

Das Amtsgericht darf ein Ersuchen um Zeugenvernehmung nicht ablehnen, weil es die Voraussetzungen des § 1571 Abs. 2 Satz 2 RVO. verneint.

Beschluß des Oberlandesgerichts Colmar vom 19. März 1913.

Nach § 115 RVO. haben die öffentlichen Behörden den im Vollzuge dieses Gesetzes an sie ergehenden Ersuchen der Organe der Versicherungsträger zu entsprechen, und gemäß § 1571 Abs. 2, 3 sind diese berechtigt, die Amtsgerichte um eidliche Vernehmung von Zeugen zu ersuchen, wenn sie die Vereidigung für erforderlich halten, um eine wahre Aussage herbeizuführen, und wenn die Beweisaufnahme vor dem Versicherungsamt erheblichen Schwierigkeiten, besonders wegen großer Entfernung des Aufenthaltsorts der Zeugen, unterliegt oder wenn Gefahr im Verzuge ist.. Das Amtsgericht kann die Vernehmung nicht aus dem Grunde ablehnen, weil es die Voraussetzungen dafür nach § 1571 Abs. 2 Satz 2 nicht für gegeben erachtet; denn ihm steht eine Nachprüfung der Entscheidung des ersuchenden Versicherungsträgers nicht zu. Im übrigen ergibt sich schon aus dem Wortlaute des § 1571 Abs. 3, daß die Entscheidung darüber, auf welche Weise Zeugen vernommen werden sollen, vollständig in das Ermessen des ersuchenden Versicherungsträgers gestellt ist.

Digitized by Google

B. Zur Krankenversicherung.

Angestellte geschlossener Krankenkassen.

Erlaß des preuß. Ministers für Handel und Gewerbe vom 6. März 1914 (HMBl. S. 127).

Es ist die Frage aufgeworfen, ob auch noch nicht fällige Ruhegehalts- und Hinterbliebenenansprüche der Angestellten einer Krankenkasse, die infolge der Neuordnung des Krankenkassenwesens geschlossen ist, aus dem Vermögen der Kasse sichergestellt werden müssen. Im Einvernehmen mit dem Herrn Reichskanzler (Reichsamt des Innern) glaube ich, diese Frage mangels einer dahingehenden gesetzlichen Bestimmung verneinen zu müssen. Es erscheint indes erwünscht, daß namentlich ältere, erprobte Angestellte der geschlossenen Kassen nach Möglichkeit anderweit im Kassendienst untergebracht werden. Ich ersuche deshalb, den Vorständen der Krankenkasse zu empfehlen, daß sie entsprechend der Vorschrift des Artikel 32 des Einführungsgesetzes zur RVO. geeignete Angestellte, die infolge der Neuordnung bei einer Krankenkasse entbehrlich werden, bei Annahme von Hilfskräften möglichst berücksichtigen und bei ihrer Anstellung auf die in der früheren Stellung erworbene Anwartschaft auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenfürsorge wohlwollende Rücksicht nehmen.

Quittungskarten-Ausgabe.

Erlaß des preuß. Ministers für Handel und Gewerbe vom 19. Februar 1914 (HMBl. S. 127).

Ob bei Krankenkassen nur der Vorstand oder auch die Sektionen, Zahl- und Meldestellen die Quittungskarten auszustellen haben (Nr. 1 der Anweisung für die Quittungskartenausgabe vom 20. November 1911, HMBl. S. 429) ist eine Frage des inneren Geschäftsbetriebs der Krankenkassen. Dabei wird davon auszugehen sein, daß laufende Geschäfte, zu denen die Ausstellung von Quittungskarten gehört, regelmäßig nicht vom Vorstande selbst, sondern von den Angestellten der Krankenkasse wahrgenommen werden. Soweit daher in den Zahl- und Meldestellen sowie bei den Sektionen Angestellte der Krankenkasse beschäftigt werden, können diese vom Vorstande mit der Ausstellung der Quittungskarten beauftragt werden.

Krankenversicherung der im Staatsdienste beschäftigten Personen.

Erlaß des preuß. Ministers für Handel und Gewerbe vom 6. März 1914 (HMBl. S. 125).

Zu den nicht beamteten Personen, die nach Ziffer II meines Erlasses vom 27. Dezember v. J. (HMBl. 1914 S. 11*) für den Fall der Krankheit zu versichern sind, gehören auch die als außerordentliche Bureauhilfsarbeiter gegen Entgelt beschäftigten Personen (Zivilanwärter und nicht mehr im aktiven Militärdienste befindliche Militäranwärter), da die Ausnahmebestimmung des § 172 Nr. 1 der RVO. (Versicherungsfreiheit der Beamten während der Ausbildung für ihren Beruf) auf sie nicht zutrifft.

Die zur Probedienstleistung im Zivildienst einberufenen, aus dem aktiven Militärdienste bereits ausgeschiedenen Militäranwärter rücken nach dem gewöhnlichen Laufe der Dinge nach Ablauf der Probedienstzeit in Diätarstellen oder etatsmäßige Stellen ein, da sie nach den bestehenden Grundsätzen nur für eine bestimmte Stelle einberufen werden. Sie sind deshalb als Beamte anzusehen, denen nach Ziffer I des vorbezeichneten Erlasses in Krankheitsfällen ein Anspruch auf Fortbezug ihrer Diäten nach Vorschrift des § 169 der RVO. gewährleistet ist, und sind daher versicherungsfrei.

Die zur informatorischen Beschäftigung oder zur Probedienstleistung im Zivildienste beurlaubten oder kommandierten Militäranwärter (die also noch dem Soldatenstand angehören) sind, sofern sie überhaupt entgeltlich beschäftigt werden, gemäß § 172 Nr. 2 der RVO. versicherungsfrei.

Aufbewahrung der Wertpapiere (RVO. § 365).

Erlaß des preuß. Ministers für Handel und Gewerbe vom 28. Februar 1914 (HMBl. S. 126).

Wenn auch die Reichsversicherungsordnung den Begriff „Wertpapiere" nicht bestimmt, so unterscheiden die Bestimmungen des Bundesrats über Art und Form der Rechnungsführung der Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen vom 9. Oktober

*) Hier S. 87.

Digitized by Google

1913 (Z.-Bl. f. d. D. R. S. 1009) in Muster 2 ausdrücklich zwischen Wertpapieren und Hypotheken. Der Gemeindeverband wird daher nicht gezwungen werden können, Hypothekenbriefe der Krankenkasse gemäß § 365 RVO. aufzubewahren. Im übrigen kann ein Gemeindeverband, der sich weigert, der ihm nach der erwähnten Vorschrift obliegenden Pflicht nachzukommen, dazu nur im Kommunalaufsichtsweg angehalten werden.

Berichtigung (laut preuß. HMBl. S. 125).

In Nr. 5 S. 81 des Handelsministerialblatts, muß der Erlaß, betreffend Versicherung der in der Landwirtschaft Beschäftigten und der Dienstboten (III 1348), anstatt des 12. Januar 1914 das Datum vom 12. Februar 1914 tragen.

Anmerkung: Der Erlaß ist hier S. 188 abgedruckt.

Zur Krankenversicherung der hausgewerblich Versicherungspflichtigen.

Verfügung des **Versicherungsamts** der Stadt **Berlin** vom 10. Februar 1914 (an die Krankenkassen des Bezirks).

Als Hausgewerbetreibende werden im § 162 RVO. selbständige Gewerbetreibende bezeichnet, welche in eigener Betriebsstätte im Auftrage und für Rechnung anderer Gewerbetreibender (Auftraggeber) gewerbliche Erzeugnisse herstellen oder bearbeiten. Diese Begriffsbestimmung stimmt mit der im KVG. § 2, Abs. 1 zu 4 gegebenen überein. Der Begriff des Hausgewerbetreibenden wird aber hierdurch nicht erschöpfend bestimmt. Die Begründung zum Entwurf der RVO. verweist daher auf die bisherige Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes (Verhandlungen des Reichstags, 12. Legislaturperiode, 2. Session 1909-1911, Anlagen Drucksache zu Nr. 340, S. 81). Die in der RVO. gegebenen Merkmale treffen dann nicht mehr zu, wenn der für andere gewerbliche Unternehmer Tätige nicht persönlich mit der eigentlichen Herstellungsarbeit beschäftigt ist, sondern sich ausschließlich oder auch nur überwiegend mit der Leitung eines mit entsprechend zahlreichen Hilfskräften und nicht unerheblichem Kapitalaufwande geführten Betriebes befaßt (vergl. Nr. 15, Abs. 5 der Anleitung d. RVA. über den Kreis der nach der RVO. gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen v. 26. 4. 12). Inhaber größerer Arbeitsstätten werden daher oft nicht als Hausgewerbetreibende, sondern als selbständige Unternehmer (Auftraggeber) angesehen werden müssen, wenn schon eine Entscheidung nur nach Lage des Einzelfalles wird getroffen werden können.

Der Begriff des „hausgewerblich Beschäftigten" ist strittig. Unseres Erachtens können unter denselben nicht die in der Werkstatt eines Hausgewerbetreibenden beschäftigten Personen fallen. Es kann nicht als im Sinne des Gesetzes angesehen werden, die Werkstattarbeiter eines Hausgewerbetreibenden nur um deswillen unter die Landkrankenkassenpflichtigen zu verweisen und damit schlechter zu stellen, weil sie zufällig für einen Hausgewerbetreibenden tätig sind, während die für einen selbständigen Auftraggeber unter den gleichen Bedingungen tätigen Personen Mitglieder der für den Betrieb des Auftraggebers zuständigen Krankenkasse werden. Es bleiben als „hausgewerblich Beschäftigte" daher nur diejenigen Personen übrig, welche für die Hausgewerbetreibenden außerhalb der Betriebsstätte derselben für diese tätig sind. Abgesehen von den Hausgewerbetreibenden selbst können daher nur auf sie die Meldevorschriften des § 468 RVO. und der Nr. 2 der vom Reichskanzler unter dem 5. Dezember 1913 veröffentlichten Bundesratsbestimmungen Anwendung finden.*)

In die vom Auftraggeber gem. § 473 RVO. und Nr. 4 bis 7 der angezogenen Bundesratsbestimmung einzureichenden Listen sind daher nur die Hausgewerbetreibenden, die nicht infolge des Umfanges ihres Betriebes als selbständige Unternehmer (Auftraggeber) anzusehen sind, aufzunehmen. Es ist jedoch der gesamte, dem Hausgewerbetreibenden gezahlte Entgelt, gleichviel, ob derselbe nur Hausgewerbetreibende, oder auch Werkstattarbeiter beschäftigt, aufzuführen und dementsprechend Arbeitgeberzuschuß zu entrichten. Die Werkstattarbeiter sind von den Hausgewerbetreibenden als Arbeitgebern gemäß § 317 RVO. bei der zuständigen Krankenkasse zur Meldung zu bringen und als gewerbliche Arbeiter zu versichern.

Werden die Hausgewerbetreibenden nicht unmittelbar vom Auftraggeber beschäftigt, sondern schiebt sich zwischen sie und dem Auftraggeber noch eine Zwischenperson — Aus-

---

*) Anm.: Die Bestimmungen des Bundesrats sind abgedruckt in Arb.Vers. 1914 S. 11. — Daß dieser Teil der Ausführungen des Versicherungsamts unrichtig ist, wird in der Anmerkung am Schlusse dieser Verfügung nachgewiesen.

Digitized by Google

geber, Faktor, Zwischenmeister u. a. — ein, so gehen die Pflichten über die Einreichung der Listen und die Abführung der Beiträge auf diese Zwischenpersonen über. Der Auftraggeber hat ihnen aber die gezahlten Zuschüsse nach Maßgabe des von ihm an die Zwischenperson gezahlten Entgelts zu erstatten. Der Arbeitgeber bleibt auch gegenüber der Kasse für diese in erster Linie durch die Zwischenperson zu zahlenden Zuschüsse haftbar. Er hat der für ihn zuständigen Kasse den Uebergang der Pflichten auf die Zwischenpersonen unter näherer Bezeichnung derselben nach Namen, Stand und Wohnort unverzüglich anzuzeigen.

Die Anmeldepflicht zwecks Erwerb der Mitgliedschaft (§§ 442, Abs. 3 und 468 RVO.) hat in jedem Falle der Hausgewerbetreibende. Die gemäß § 480 RVO. und Nr. 3 der Bundesratsbestimmungen für sich und seine hausgewerblich Beschäftigten zu leistenden Beiträge hat der Hausgewerbetreibende an die für seinen Betrieb zuständige Land-, oder soweit eine solche nicht besteht, allgemeine Ortskrankenkasse einzuzahlen. Die auf ihn selbst entfallenden Beiträge hat er allein zu tragen. Für seine hausgewerblich, d. h. für die von ihm außerhalb seiner Betriebsstätte Beschäftigten hat er 1/3, die Beschäftigten haben 2/3 zu zahlen.

Macht ein Hausgewerbetreibender oder ein hausgewerblich Beschäftigter von dem Rechte des § 517 RVO. Gebrauch, so ist der Arbeitgeberzuschuß dessenungeachtet auf jeden Fall zu zahlen. Der Beitrag gemäß § 480 a. a. O. fällt dann für den Hausgewerbetreibenden fort, für die hausgewerblich Beschäftigten ist aber das 1/3 des Beitrages, welches auf den Hausgewerbetreibenden entfallen würde, zu entrichten, da gemäß § 517 a. a. O. nur die Rechte und Pflichten des Versicherten ruhen.

Ebenso sind die Arbeitgeberzuschüsse für solche Personen zu zahlen, welche von dem Rechte aus Artikel 29 des Einführungsgesetzes zur RVO. Mitglieder einer Orts- oder Betriebskrankenkasse zu bleiben oder zu werden — für die Innungskrankenkasse besteht dieses Recht nicht — Gebrauch machen. Die Beiträge gemäß § 480 RVO. sind in diesem Falle nicht zu entrichten, dagegen hat der Versicherte an die gewählte Kasse seine Beiträge allein zu zahlen (Nr. I 4 der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 20.12. 13 über die bundesratl. Uebergangsbestimmungen für die hausgewerbliche Krankenversicherung R. G. Bl. 1913, S. 789). Die Kasse, an welche der Arbeitgeber seinen Zuschuß gezahlt hat, führt die bei ihr eingezahlten Zuschüsse an die für die Versicherung der Hausgewerbetreibenden gesetzlich zuständige Kasse (Landkrankenkasse des Betriebssitzes, für Berlin die Allgemeine Ortskrankenkasse der Stadt Berlin) ab, welche sie dem Hausgewerbetreibenden auf dessen Kosten unverzüglich auszuzahlen hat, sofern ihr weder dieser noch einer seiner hausgewerblich Beschäftigten angehört. Anderenfalls behält sie die Zuschüsse, soweit diese nicht am Schlusse des Kalendervierteljahres die Höhe der Beiträge übersteigt, die der Hausgewerbetreibende an sie in dem verflossenen Kalendervierteljahr zu zahlen hatte. Einen Ueberschuß hat sie dem Hausgewerbetreibenden auszuzahlen oder auf rückständige Beiträge desselben zu verrechnen (Nr. 5 der Bundesratsbestimmungen).

Die Mitgliedschaft bei der gewählten Kasse (Art. 29 E. G.) wird fortgesetzt, bzw. erworben, auf Grund einer dem Vorstand dieser Kasse abzugebenden Erklärung. Eine Frist für die Abgabe der Erklärung ist weder im Gesetz noch in den bundesrätlichen Bestimmungen gesetzt. Die gewählte Kasse hat die für die Versicherung zuständige Kasse unverzüglich von dem Beitritt zu unterrichten. Der Hausgewerbetreibende, der seinen Beitritt erklärt hat, wird ordentliches Mitglied der gewählten Kasse, da die Bestimmungen über die Hausgewerbetreibenden (§§ 466 bis 493 RVO..) für ihn nach Nr. 4 der Bundesratsbestimmungen nicht gelten. Einer Aufnahme besonderer Bestimmungen in die Satzung über die Beiträge und Kassenleistungen für die Hausgewerbetreibenden bedarf es daher, ausgenommen für die Allgemeine Ortskrankenkasse der Stadt Berlin, nicht.

Anmerkung.

Von Geh. Justizrat Hahn in Zehlendorf (Berlin).

Daß unter den Begriff der „hausgewerblich Beschäftigten" (vgl. §§ 235, 468) die in der Werkstätte des Hausgewerbtreibenden beschäftigten Personen nicht fallen sollen, ist eine haltlose Annahme des Versicherungsamts. Das Amt meint: es könne nicht im Sinne des Gesetzes liegen, die Werkstättenarbeiter nur um deswillen unter die Landkassenpflichtigen zu verweisen und damit schlechter zu stellen, weil sie zufällig für einen Hausgewerbtreibenden tätig sind. Wäre diese Erwägung richtig, so wäre nicht einzusehen, warum sie nicht in gleicher Weise zugunsten der Außenarbeiter von Hausgewerbtreibenden gelten sollte, und es blieben dann hausgewerblich Beschäftigte, auf die das Gesetz anwendbar wäre, überhaupt nicht übrig! Aber das Gesetz läßt doch die nähere Ausgestaltung der Krankenversicherung ganz allge-

Digitized by Google

mein davon abhängen, daß der Versicherungspflichtige „zufällig" in diesem oder jenem Betriebe beschäftigt ist. In mannigfacher Hinsicht kann sich seine Lage recht verschieden gestalten, je nachdem er der Allgemeinen Ortskrankenkasse oder — weil er „zufällig" in einem Betriebe mit eigener Kasse oder bei einem Innungsmeister beschäftigt ist — einer Betriebs- oder einer Innungskrankenkasse anzugehören hat: die Leistungen, auf die er Anspruch hat, können bei den verschiedenen Kassen, trotz der Vorschriften über die Gleichwertigkeit, recht verschieden sein (vgl. besonders §§ 260, 262); gleiches gilt von den Beiträgen, die bei jeder Kasse in den gesetzlichen Grenzen anders bemessen sein können (§§ 384 ff); auch die Teilnahmerechte der Versicherten an der Kassenverwaltung gestalten sich bei Betriebs- und Innungskrankenkassen nicht ganz entsprechend wie bei Ortskrankenkassen (vgl. §§ 338 ff. mit §§ 327 ff.). Es ist eben auch ein Ausfluß der persönlichen und wirtschaftlichen Abhängigkeit von einem bestimmten Arbeitgeber, daß die Art und die besonderen Verhältnisse seines Betriebes von Einfluß sein können auf die Art der Krankenversicherung seiner Arbeiter. So liegt die Sache auch für denjenigen, der bei einem Hausgewerbtreibenden Arbeit nimmt: er gehört der Landkrankenkasse an (§ 235) und unterliegt den Sondervorschriften der §§ 468 ff. Einen Unterschied zwischen Werkstättenarbeitern und Außenarbeitern der Hausgewerbtreibenden macht das Gesetz nicht, und es ist unzulässig, eine solche Unterscheidung in das Gesetz hineinzutragen. Es kommt hinzu, daß die Zugehörigkeit zum hausgewerblichen Betrieb und die unmittelbare Beziehung zum Auftraggeber des Hausgewerbtreibenden — die den wesentlichen gesetzgeberischen Grund für die Einbeziehung des Hilfspersonals in die besondere Regelung der §§ 468 ff. bilden — doch gerade bei dem Werkstättenarbeiter stärker und sinnfälliger hervortreten und daß es daher ganz verkehrt sein würde, wenn das Gesetz wirklich gewollt hätte, daß gerade sie nicht das versicherungsrechtliche Schicksal der Hausgewerbtreibenden teilen sollen. Die unterschiedliche Behandlung der Werkstätten- und der Außenarbeiter der Hausgewerbtreibenden ist nach alledem gesetzlich nicht begründet und nur geeignet, neue Verwicklung und Verwirrung in diese ohnehin ausreichend schwierige Materie zu bringen.

C. Zur Unfallversicherung.

Die Vernehmung des Verletzten vor dem Versicherungsamt im Einspruchsverfahren (§§ 1592, 1601 RVO) muß durch den Vorsitzenden erfolgen.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 17. Dezember 1913.

Das Verfahren der Vorinstanzen leidet an einem wesentlichen Mangel, da die Vernehmung des Klägers im Einspruchsverfahren durch einen Bureaubeamten, der nicht zum ständigen Stellvertreter des Vorsitzenden des Versicherungsamts bestellt war, erfolgt ist. Die Vernehmung durch einen anderen als den Vorsitzenden des Versicherungsamts oder einen gemäß § 39 der RVO. bestellten ständigen Stellvertreter des Vorsitzenden ist aber unzulässig.

Der Bescheid des § 1583 der RVO. und das Einspruchsverfahren gegen diesen Bescheid sind an die Stelle des sogenannten Vorbescheids des § 70 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes und der Befugnis des Berechtigten, auf den Vorbescheid „sich zu äußern", getreten, weil sich das frühere Verfahren nicht bewährt hatte. Es sollte durch das Einspruchsverfahren „eine bessere Instruktion der Sache" herbeigeführt werden, die auch den notwendigen Ausgleich für den teilweisen Fortfall der Rekursinstanz zu bieten vermöge (zu vergleichen Bericht der 16. Kommission über den Entwurf einer Reichsversicherungsordnung — Nr. 340 der Drucksachen — 6. Teil S. 79 oben, S. 81 Abs. 1, S. 93 Ziff. 3). Das erste und wichtigste Recht des Berechtigten im Einspruchsverfahren und die Grundlage des ganzen Verfahrens bildet nun „das Recht auf persönliches Gehör des Berechtigten" (§§ 1592 Satz 1, 1594 Satz 2 der RVO.). Dieses „Gehör", die „Vernehmung" des Berechtigten soll, wie bei den Beratungen in der Gesetzeskommission ausgesprochen worden ist, dazu dienen, die Sach- und Rechtslage möglichst klarzulegen, „Mängel des berufsgenossenschaftlichen Verfahrens aufzuklären" (Kommissionsber. a. a. O. S. 101), den Anspruch mit dem Antragsteller zu erörtern, dessen Wünsche entgegenzunehmen, ihm Gelegenheit zur sachgemäßen Begründung seiner Anträge zu geben und endlich auch, ihn zu belehren und gerade von dieser Belehrung versprach man sich in der Gesetzeskommission die Zurücknahme mancher unbegründeten Anträge.

Die dem Leiter der Vernehmungsverhandlung hiernach zugewiesene Aufgabe setzt einerseits die Fähigkeiten und Kenntnisse zu

Digitized by Google

einer selbständigen und umfassenden Nachprüfung des berufsgenossenschaftlichen Verfahrens voraus, andererseits verlangt sie auch eine autoritative Stellung des Leiters nicht bloß dem Verletzten, sondern in gewissem Maße auch der Berufsgenossenschaft gegenüber, deren Bescheid ja in der Verhandlung erörtert werden soll. Beide Voraussetzungen zwingen zu der Annahme, daß die Vernehmung, soweit sie vor dem Versicherungsamt geschieht, nicht durch einen Bureaubeamten erfolgen darf, sondern durch den Vertreter des Amts, den Vorsitzenden des Versicherungsamts oder seinen gemäß § 39 der RVO. bestellten ständigen Stellvertreter vorgenommen werden muß. Der Bureaubeamte hat nicht die amtliche Stellung nach außen und bei ihm kann man nicht ohne weiteres die erforderliche umfassende Sachkenntnis voraussetzen, deren Besitz eine Voraussetzung für die Bestellung des Vorsitzenden des Amts und seiner Stellvertreter bildet. Bei den Beratungen der Reichstagskommission ist denn auch tatsächlich immer nur von der Vernehmung des Berechtigten durch den „Versicherungsamtmann" gesprochen worden. Die Beratungen betrafen, soweit die Vernehmung des Berechtigten im Einspruchsverfahren in Betracht kommt, hauptsächlich die Fragen, ob sie nur vor dem Versicherungsamt, gar nicht vor der Berufsgenossenschaft zulässig sein soll, ob sie stets vor dem „vollbesetzten Versicherungsamt" erfolgen soll und dergleichen. Immer ist aber — jedenfalls in dem späteren Verlauf der Beratungen — nur von einer persönlichen Tätigkeit des „Versicherungsamtmanns" die Rede, nie ist die Möglichkeit der Vernehmung durch einen Bureaubeamten angedeutet. Es seien nur folgende Stellen des Kommissionsberichts hervorgehoben: „Leider solle die Vernehmung nur von dem Versicherungsamtmann, nicht vor dem vollbesetzten Versicherungsamt stattfinden (S. 95). Jetzt „solle dem Versicherten ein rechtlicher Anspruch gewährt werden, mündlich vor dem Versicherungsamtmann gehört zu werden, und alles, was zu seinen Gunsten anzuführen sei, persönlich geltend zu machen. Dadurch erhalte der Versicherungsamtmann Gelegenheit, sich persönlich von der Sachlage zu überzeugen und sich gutachtlich zu äußern" (S. 97). „Ein Vorteil sei auch darin zu erblicken, daß der Versicherungsamtmann besonders große Routine erlangen werde, wenn er alle Vernehmungen vorzunehmen habe" (S. 109).

Läßt hiernach die Entstehungsgeschichte des Gesetzes keinen Zweifel darüber, daß der Gesetzgeber nur an die Vernehmung durch den Vorsitzenden des Versicherungsamts oder seinen Stellvertreter gedacht hat, so kommt dies auch im Gesetze selbst zum Ausdruck. Die untere Verwaltungsbehörde hatte nach dem bisherigen Recht auf Antrag des Berechtigten dessen Aeußerungen gegen den Vorbescheid lediglich „zu Protokoll" zu nehmen (§ 70 Abs. 2 des Gewerbe-Unf.-Vers.-Ges., § 76 Abs. 2 des Unf.-Vers.-Ges. für Land- und Forstwirtschaft, § 75 Abs. 2 des See-Unf.-Vers.-Ges.). In der Reichsversicherungsordnung ist dagegen die „Vernehmung" des Berechtigten vor dem Versicherungsamt vorgeschrieben. „Vernehmung" ist aber in der Gesetzessprache eine wichtigere Amtshandlung als „Erklärung zu Protokoll". Diese wird in der Regel von Bureaubeamten entgegengenommen, während für Vernehmungen nur die zur Vertretung der Behörde berufenen Personen zuständig sind. Ebenso stehen nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen Obliegenheiten, die das Gesetz schlechthin einer Behörde zuweist, ohne darüber eine Bestimmung zu treffen, wer die Obliegenheiten auszuüben hat, in der Regel nur dem Vertreter der Behörde zu. Für das Gebiet der Reichsversicherungsordnung sind die Zweifel, die vielleicht noch entstehen könnten, wo allein der Ausdruck „Versicherungsamt" gebraucht ist, durch die unzweideutige Haltung beseitigt, welche die Reichstagskommission in dieser Frage eingenommen hat, denn sie hat einmütig den Beschluß gefaßt, daß dort, wo der Ausdruck „Versicherungsamt" ohne weiteren Zusatz (Spruch- oder Beschlußausschuß) vorkomme, darunter stets der Vorsitzende zu verstehen sei (zu vgl. Kom.-Ber. I. S. 106 Abs. 4). Bei dieser Beschlußfassung handelte es sich zwar um einen anderen Gegensatz als den hier in Frage stehenden, nämlich um die Abgrenzung der Zuständigkeit des Vorsitzenden gegenüber dem Spruch- und Beschlußausschuß. Es hat aber doch bei dieser Gelegenheit in der Kommission kein Zweifel darüber bestanden, daß der Ausdruck „Versicherungsamt" nicht nur das „Versicherungsamt ohne Beisitzer", sondern der „Vorsitzende des Versicherungsamts" bedeuten soll. Dies ist noch klarer im weiteren Verlauf der Beratungen zutage getreten (zu vgl. a. a. O. II S. 129).

Digitized by Google

D. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätze zu den §§ 391, 1 und 201 des VGfA. aus der Uebung der Reichsversicherungsanstalt.

Zu § 391. Das Direktorium hat beschlossen, die Frist für die Nachholung von Anträgen auf Befreiung von der eigenen Beitragsleistung bis zum 30. März 1914 zu verlängern.

Zu § 1. 1. Milchkutscher sind nicht versicherungspflichtig im Sinne des Versicherungsgesetzes für Angestellte. (I 34966/13.)

2. Ein Miterbe, der ein Gut für eine Erbengemeinschaft von 13 Köpfen gegen Entgelt verwaltet, ist gemäß § 1 Abs. 1 Ziff. 1 versicherungspflichtig. (I 42620/13.)

Zu § 201. Bei der freiwilligen Versicherung kommt nur eine Beitragszahlung nach Gehaltsklassen in Frage, niemals also eine Beitragsberechnung mit 8 % des Durchschnittsgehalts der letzten 6 Monate. Beginnt die freiwillige Versicherung im Laufe eines Monats, so ist für diesen ersten Monat ein verhältnismäßiger Teil des nach § 18 des Angestelltenversicherungsgesetzes für die gewählte Gehaltsklasse in Frage kommenden Monatsbeitrags zu entrichten. (II 77026/13.)

Der Hauptberuf (§ 1 Abs. 1 Ziff. 2 AVG.) bestimmt sich bei mehreren Erwerbstätigkeiten nach dem Verhältnisse der auf sie verwendeten Arbeitszeit und des daraus erzielten Einkommens.

Beschluß des Rentenausschusses Berlin vom 27. Oktober 1913.

Als zweifellos nicht mit niederen oder lediglich mechanischen Dienstleistungen beschäftigter Bureauangestellter ist L. gemäß § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Angestelltenversicherungsgesetzes versicherungspflichtig, wenn diese Beschäftigung seinen Hauptberuf bildet. Für die Frage nach dem Hauptberuf kommt es in erster Linie auf Art und Dauer der ausgeübten Beschäftigung und auf die Höhe des hieraus und aus anderen Quellen bezogenen Einkommens an. Treten Beschäftigung und Einkommen für die Beurteilung einander gegenüber, so wird im allgemeinen auf die Beschäftigung das größere Gewicht zu legen sein, insofern als sie regelmäßig im täglichen Leben mehr hervortritt und für die Zugehörigkeit zu einer bestimmten gesellschaftlichen Schicht in höherem Grade bestimmend ist. Wird also in einem gegebenen Falle die Arbeitszeit ganz durch eine unter das Versicherungsgesetz für Angestellte fallende Erwerbstätigkeit ausgefüllt, so besteht trotz eben so hohen oder höheren Einkommens z. B. aus Kapitalvermögen Versicherungspflicht, wenn nicht besondere Umstände — wie etwa unverhältnismäßiges Ueberwiegen dieses anderen Einkommens, verbunden mit dementsprechender Lebenshaltung und unabhängig von der ausgeübten Beschäftigung gehobener gesellschaftlicher Stellung — zur Verneinung der Versicherungspflicht zwingen. Wird nur ein Teil der Arbeitszeit durch eine solche Erwerbstätigkeit, der andere durch eine ehrenamtliche, wissenschaftliche oder andere nicht auf Erwerb gerichtete Tätigkeit oder durch eine nicht unter das Versicherungsgesetz für Angestellte fallende Erwerbstätigkeit ausgefüllt, so wird zunächst zu beachten sein, in welchem zeitlichen Verhältnis diese Beschäftigungen zueinander stehen, bevor das Einkommen aus der einen oder anderen Art der Beschäftigung und aus sonstigen Quellen berücksichtigt wird. Im vorliegenden Falle ist zwar das Einkommen aus dem Betriebe des selbständigen Geschäfts über doppelt so hoch als der Entgelt, den L. für seine Tätigkeit als Gemeinde- und Spitalschreiber erhält; andererseits nimmt jedoch diese Tätigkeit L. von seiner täglichen Arbeitszeit mindestens doppelt so viel in Anspruch als der Betrieb des Geschäfts. Dazu kommt, daß diese Tätigkeit sicherlich dahin gewirkt hat, seine gesellschaftliche Stellung in dem kleinen Orte über die eines einfachen Kaufmanns hinaus zu heben. Nach den oben dargelegten Grundsätzen ist deshalb seine Versicherungspflicht zu bejahen.

Digitized by Google

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Düsseldorfer Tagung für praktische Erfahrungen im Reichsversicherungswesen.

Die „Akademie für kommunale Verwaltung in Düsseldorf" ladet zu einer Aussprache ein. Wir teilen das Rundschreiben, welches über Gegenstand und Zweck Auskünfte gibt, hier mit:

Die Einführung der Reichsversicherungsordnung hat mit den einschneidenden Veränderungen der Organisation, die sie enthält, die Organe aller Zweige der Reichsversicherung vor große Aufgaben gestellt. Die Uebergangszeit bis zur völligen Einbürgerung dieses Gesetzgebungswerkes zeitigt eine Fülle von Fragen, die der Klärung bedürfen. Dabei ist eine möglichst weitgehende örtliche Uebereinstimmung in der Auslegung der Bestimmungen erstrebenswert. Auch hat die neue Angestelltenversicherung so erhebliche Schwierigkeiten in ihrer praktischen Durchführung mit sich gebracht, daß eine Fühlungnahme zwischen ihren Organen am Platze erscheint. Es ist deshalb sicherlich gegenwärtig der geeignete Zeitpunkt gekommen, wo eine zweckmäßig organisierte Konferenz von Praktikern der Reichsversicherung, eine Aussprache unter den Sachverständigen, welche die RVO. und die Angestelltenversicherung handhaben müssen, notwendig ist. Die politische Beurteilung der Materie und die Kritik des Gesetzes im allgemeinen soll bei dieser Tagung ausgeschaltet sein; dagegen sollen an der Hand wichtiger Einzelbestimmungen des Gesetzes die Schwierigkeiten, die sich bei der praktischen Handhabung bisher herausgestellt haben, durchgesprochen und die Möglichkeiten erörtert werden, wie man ihrer im Wege der Verwaltungspraxis Herr werden könnte. Da nur Kenner der Materie zur Teilnahme eingeladen werden, soll, anders als bei sonstigen Kursen über die Sozialversicherung, eine theoretische Einführung in längeren akademischen Vorträgen nicht stattfinden, vielmehr in der Hauptsache die Aussprache Gegenstand der Tagung sein. Einschlägige Fragen, die von den Teilnehmern während der Konferenz aufgeworfen werden, sollen zum Gegenstand der Diskussion gemacht werden. Um jedoch Kraft und Zeit zu sparen und die Tagung so anzuordnen, daß möglichst allen Wünschen Rechnung getragen werden kann, bitten wir, möglichst vor Beginn der Konferenz, nämlich bis spätestens zum 1. April, an das Sekretariat der Akademie für kommunale Verwaltung (Düsseldorf, Bilkerallee 129) alle die Einzelfragen, deren Besprechung von den Teilnehmern angeregt wird, in präziser Fassung, also genau formuliert, einzusenden. Es wird dringend empfohlen, davon möglichst Gebrauch zu machen. Jeder Kursusteilnehmer ist berechtigt, solche Fragen, die zur Sache gehören, zu stellen. Die an uns gelangenden Schreiben werden hier geordnet und dem Diskussionsleiter jeder Gruppe übergeben werden mit der Bitte, in einem kurzen einleitenden Referat die Einsendungen systematisch vorzutragen und zur Diskussion zu stellen. Nach erfolgter Aussprache wird der Diskussionsleiter das Ergebnis zu ziehen und in einem Schlußreferat mitzuteilen versuchen.

Die Tagung findet am Montag, den 27., Dienstag, den 28. und Mittwoch, den 29. April 1914 statt. Es ist beabsichtigt, die Verhandlungen vormittags um 10 Uhr und nachmittags um 3½ Uhr zu beginnen. Sie werden im Sitzungssaale des Provinziallandtages im Ständehause stattfinden. Zur Teilnahme berechtigt sind alle an der praktischen Handhabung der RVO. interessierten Beamten der Reichs-, Staats- und Gemeindebehörden, sowie die Organe der Versicherungsträger. Als Gebühr ist der Betrag von 3 Mark für den ganzen Kursus oder von 1 Mark für die einzelne Tageskarte zu zahlen. Am Montag soll die Krankenversicherung, am Dienstag die Invaliden- und Hinterbliebenen-Versicherung, am Mittwoch Vormittag die Unfallversicherung und am Mittwoch Nachmittag die Angestelltenversicherung auf der Tagesordnung stehen. Für jeden der vier Gegenstände wird je ein Diskussionsleiter bestimmt werden, der — wenn nötig, unter Assistenz eines zweiten Herren — die Verhandlungen nach dem obenerwähnten Grundgedanken führt.

Von der Ankündigung sonstiger Veranstaltungen wird abgesehen, um für die eigentlichen Tagungsgegenstände nicht die Zeit zu verkürzen. Doch wird sich während der Konferenz Gelegenheit finden, Verabredungen für Besichtigungen in der sitzungsfreien Zeit usw. zu treffen.

Die Namen der Diskussionsleiter werden in der ersten Hälfte des Monats April durch Inserat in der „Sozialen Praxis" und im „Preußischen Verwaltungsblatte" bekannt gegeben. Im übrigen erteilt das Sekretariat der Akademie für kommunale Verwaltung (Bilkerallee 129) jede gewünschte Auskunft. Die gleiche Stelle nimmt Anmeldungen bis zum 15. April 1914 entgegen. Wir bitten, die Anmeldungen uns möglichst früh zu senden, damit wir rechtzeitig die weiteren Anordnungen treffen können.

Digitized by Google

Sprechsaal.

Anspruch der durch die RVO. versicherungspflichtig Gewordenen wegen einer bereits bestehenden Krankheit.

In einer Zuschrift werden wir um Aeußerung ersucht mit Bezug auf eine Ausführung der Zeitschrift „Krankenkasse", die dahin geht:

1. Die kranken, aber nicht arbeitsunfähigen Neuversicherten (Dienstboten, Landarbeiter usw.) seien vom 1. Januar 1914 ab von der zuständigen Krankenkasse zu unterstützen;
2. die arbeitsunfähigen Neuversicherten aber hätten keinen Unterstützungsanspruch ihrer Kasse gegenüber.

Im ersten dieser Punkte wird eine Meinungsverschiedenheit nicht aufkommen können. Hahn hat in seiner prinzipiellen Untersuchung der Anspruchsberechtigung von Personen, die bereits krank in die Versicherung eintreten (Arb.-Vers. 1913 S. 841 ff.), am Schluß auch besonders den Fall erörtert, daß ein erst durch das neue Recht in die Versicherung Einbezogener am 1. Januar 1914 bereits krank ist; und er hat, übereinstimmend mit Punkt 1 der vorstehenden Aeußerung, den Anspruch als berechtigt nachgewiesen.

Unrichtig aber ist die — übrigens auch von v. Monbart in der „Monatsschr. f. Arb.- und Angest.-Versichg." 2 Sp. 287 vertretene — Auffassung im zweiten Punkte. Zur Begründung wird bemerkt, daß die Rechtlage „ziemlich dieselbe" sei, wie wenn bei Eingehung eines Arbeitsverhältnisses Arbeitsunfähigkeit bestehe. Man sei aber darüber einig, daß durch einen vergeblichen Arbeitsversuch ein Versicherungsverhältnis und eine Unterstützungspflicht der Kasse nicht begründet werde; und es sei nicht einzusehen, warum die am 1. Januar 1914 arbeitsunfähigen Neuversicherten besser gestellt sein sollten.

Diese Ausführung ist nicht schlüssig; denn die Rechtslage ist nicht „ziemlich dieselbe", sondern im springenden Punkt eine durchaus andere als beim vergeblichen Arbeitsversuche. Dieser springende Punkt ist, ob ein Beschäftigungsverhältnis und infolge davon ein Versicherungsverhältnis besteht. Ist dies zu bejahen, so hat auch der krank und arbeitsunfähig in die Versicherung eintretende sofort Anspruch auf die Leistungen der Kasse (§§ 182, 206 RVO.). Im Falle des vergeblichen Arbeitsversuchs ist diese Kernfrage zu verneinen. Denn zur Begründung eines Beschäftigungsverhältnisses im Sinne des § 165 RVO. genügt nicht das Bestehen eines Vertragsverhältnisses zwischen dem Arbeitgeber und dem Arbeitnehmer, wenn dieser nicht tatsächlich seine Arbeitskraft zur Verfügung des Arbeitgebers zu stellen vermag. Deshalb hindert völlige Arbeitsunfähigkeit regelmäßig den Beginn eines versicherungsrechtlichen Beschäftigungsverhältnisses, folglich auch den Beginn der Kassenmitgliedschaft und eines Anspruchs an die Kasse. Daß aber ein durch wirkliche Arbeitsleistung einmal wirksam gewordenes Versicherungsverhältnis durch spätere Unterbrechungen der wirklichen Arbeitsleistung, insbesondere auch durch Krankheit mit Arbeitsunfähigkeit, keineswegs ohne weiteres aufgehoben und beendet wird, ist in Literatur und Rechtsprechung ebenso anerkannt, wie jene Lehre vom vergeblichen Arbeitsversuch. Insbesondere in allen Fällen, in denen während der Unterbrechung in irgend einer Form Entgelt weitergezahlt wird oder der bereits gezahlte oder noch zu zahlende Lohn dem Arbeiter die Beitragsleistung auch für die Zwischenzeit ermöglicht, überdauert das die Versicherungspflicht begründende Lohnarbeitsverhältnis die Zeit der Arbeitsunterbrechung (zu vgl. Hahn, Handb. der Kr.Vers. S. 177, Hoffmann S. 117 Anm. 23a). So liegt die Sache auch bei den Neuversicherten, die am 1. Januar 1914 bereits krank und arbeitsunfähig waren. War in diesem Zeitpunkte das Beschäftigungsverhältnis zum Arbeitgeber noch nicht gelöst und hatte insbesondere z. B. der Dienstbote oder Landarbeiter Anspruch auf Lohn für die Krankheitszeit, so stand er am 1. Januar 1914 in einem versicherungspflichtigen Lohnarbeitsverhältnisse im Sinne des § 165 RVO., wurde also kraft Gesetzes sofort Mitglied der zuständigen Krankenkasse (§ 234) und erlangte daher auch sofort Anspruch auf die Kassenleistungen (§ 206). Seine Arbeitsunfähigkeit hatte, da das Beschäftigungsverhältnis bereits vorher wirksam geworden war, nur die Bedeutung einer Unterbrechung der tatsächlichen Arbeitsleistung — nicht anders als z. B. im Fall einer von Weihnachten 1913 über Neujahr 1914 hinaus dauernden Beurlaubung oder Betriebsstörung, durch die auch das Beschäftigungsverhältnis als solches nicht unterbrochen und der Beginn der Pflichtversicherung am 1. Januar 1914 nicht gehindert wurde.

Zur Buchführung der Krankenkassen.

Die durch Verordnung des Bundesrats vom 9. Oktober v. Js. gegebenen Vorschriften für die Buchführung der Ortskassen sind vielfach unklar und schwer ausführbar. In der Hauptsache sind sie darauf gerichtet, über die Ausdehnung und Wirksamkeit der Krankenversicherung gleichartige Jahresnachweise zur statistischen Zusammenstellung zu erhalten.

Zunächst ist ein allgemeines Mitgliederverzeichnis vorgeschrieben, in das wie bisher alle Versicherten einzutragen sind, für die volle Beiträge entrichtet und volle Leistungen gewährt werden. Die Beiträge wurden bisher nur in einer Spalte nachgewiesen, und gaben keine Auskunft, wieviel von den Arbeitgebern und wieviel von den Arbeitnehmern gezahlt war. Das Kaiserliche Statistische Amt konnte daher nur im Endergebnis annehmen, daß zwei Drittel der Beiträge von den Arbeitnehmern aufgebracht seien. Nun haben sich aber die freiwillig Versicherten, die den vollen Beitrag allein zahlen, so erheblich vermehrt, daß die genauere Erhebung gerechtfertigt erscheint. Diese ist im Rechnungsabschluß (Muster 1) Kap. 2, Titel 1—3, hinsichtlich der Beiträge vorgeschrieben, und in Muster 3a der Stand der Mitglieder am 1. jeden Monats —

Digitized by Google

geschieden nach dem Geschlecht — verlangt. — Eine weitere Unterscheidung nach der Wahlfähigkeit, wie sie in Nr. 6 der „Arbeiterversorgung" von C. Banzhof verlangt wird, ist für die Allgemeinheit kaum von Interesse; wichtiger wäre wohl, die Zahl der Arbeitgeber festzustellen, die doch durch ihre Beitragspflicht passive Mitglieder der Krankenkasse sind.

Ob das Mitgliederverzeichnis in Kartenform oder als Buch zu gestalten ist, ist den Krankenkassen überlassen; es ist auch nicht vorgeschrieben, daß solches für sich als Kartensammlung oder Register besonders anzulegen ist. Und das ist in der Tat überflüssig; denn die Kasse führt bereits in den Arbeitgeberkonten ein Mitgliederverzeichnis und dieses nur hat sie einzusehen, wenn ein Arbeiter erkrankt, um ihre Leistungspflicht festzustellen. Wozu also noch andere Verzeichnisse, wie sie manche Kassen gleichsam als Personalakten führen? Auch diese Arbeitgeberkonten lassen sich dadurch sehr vereinfachen, daß sie mit den An- und Abmeldungen zu einem Meldebuch vereinigt werden, wie solches näher in Mattckes: „Kassen- und Buchführung der Krankenkassen", Verlag Heyns Erben, Berlin, ausgeführt ist. Für die freiwillig Versicherten muß ein alphabetisches Register — für Männer und Frauen getrennt — eingerichtet werden, ebenso letzteres für das Einnahmekonto.

In die Mitgliedernachweisung für das Jahr gehören nun außer den bisher gewerblich Beschäftigten noch die der Landwirtschaft, die Dienstboten und Lehrlinge; für die unständig im Wandergewerbe und im Hausgewerbe Beschäftigten, deren Meldungen und Beiträge ziemlich unsicher erscheinen, sind besondere Register zu führen und in Muster 3a die monatlichen Nachweise zu geben.

Die Jahresnachweisung (Muster 4) über die entschädigten Kranken- und Sterbefälle unterscheidet sich von der bisherigen darin, daß eine Trennung für versicherungspflichtige und freiwillige Versicherte vorgeschrieben, auch die Zählung der entschädigten Sterbefälle von Familienangehörigen und die Wochenhilfe dazugetreten ist. Für diese Nachweise muß ein Krankenbuch geführt werden, das alle Mitglieder (auch die Unständigen) umfaßt, da die Arbeitnehmer abwechselnd in der Industrie, in der Landwirtschaft, als Dienstbote oder als Unständige beschäftigt sind und die Krankenhilfe in Anspruch nehmen. Ob und wie oft letzteres geschehen, kann die Kasse aus einem Buch nicht sicher ermitteln; da ist lediglich die Krankenkarte, die alphabetisch geordnet zwei Jahre aufbewahrt wird, verwendbar. Diese muß die genaue Personalangabe auch über den Familienstand des Kranken enthalten, sowie über die Zeit der gezahlten Unterstützungen, die weiter im Ausgabebuch nachgewiesen sind. Es kommen, ebenso wie früher, nur die Krankengeld- und Krankenhaustage, die Todesfälle und Wochenhilfe in Betracht; über die Kosten für Arzt und Arznei ist ebenso, wie seither, keine gesonderte Anschreibung bei den einzelnen Krankheitsfällen zu führen; es ist auch gar nicht möglich, auszurechnen, wieviel von dem Jahressixum des Arztes auf den einzelnen Kranken, wieviel auf männliche und auf weibliche, wieviel auf versicherungspflichtige und -berechtigte Mitglieder entfällt. Darum ist auch die verlangte Angabe in Muster 8 nicht ausfüllbar. Daß für jeden Einzelfall besonders die Gesamtkosten verrechnet werden sollen, ist in § 9 der Bundesratsverordnung nicht vorgeschrieben; ebensowenig in § 10 die Erstattungen, wie G. Banzhof annimmt; es wäre auch zwecklos und unausführbar.

Für das Einnahme- und Ausgabebuch ist die sogen. amerikanische Buchführung mit vielen Spalten nicht bindend vorgeschrieben; besondere Bücher für Einnahme und Ausgabe sind zulässig. — Die vielen Spalten auf einem Blatt machen ein Buch sehr unhandlich; auch ist das Blatt nicht zum zehnten Teil gefüllt. Diesem Uebelstand begegnet Mattckes Buchführung, die alle Kassenbücher auf Oktavformat stellt, da jedes nur eine Geldspalte enthält, in der keine Zeile freibleibt, also leicht und übersichtlich aufzurechnen ist, wobei die zugehörigen Beläge in ihrer Folge verbleiben. Das Hauptbuch ist in ebenso kleinem Format und enthält nur zwei Spalten, in die nur die Tageseinnahme- und Ausgabe aus den einzelnen Konten übertragen wird.

Rechnungsrat R. Mattcke, Berlin-Lichterfelde.

Literarisches.

Preußisches Staatsrecht. Von Universitäts-Professor Dr. Conrad Bornhak. Erster Band (1911): Grundzüge der Verfassungsgeschichte, allgemeine Lehren, das Verfassungsrecht. Zweiter Band (1912): Verwaltungsrecht, allgemeiner Teil. Dritter Band (1914): Die Einzelgebiete der Verwaltung. — Breslau, Verlag von Alfred Langewort. Preis Bd. I und II geh. je 10 M., geb. je 12,50 M., Bd. III geh. 12,50 M., geb. 15 M., Preis des gesamten Werkes: geh. 32,50 Mark, geb. in Halbfranz 40 M.

Im Vorwort zum ersten Bande des jetzt in der zweiten Auflage abgeschlossen vorliegenden Werkes bemerkt der Verfasser: „Wie seinen Goethe und Schiller sollte jeder ein Handbuch des Reichs- und des Landesstaatsrechts besitzen." Das ist sehr wahr. Denn was kann für den Bürger wichtiger, was kann für ihn eine dringendere Angelegenheit sein, als sich vertraut zu machen mit dem Wesen und den Grundlagen des Staates, in dem er lebt, mit den vielgestaltigen staatlichen und kommunalen Einrichtungen, zu denen er täglich in die verschiedensten Beziehungen tritt, und die ihm nur allzu oft als etwas Fremdes, Unverstandenes gegenüberstehen oder gar wie etwas Feindliches erscheinen! Und doch mutet der Wunsch nach einem Volksbuche im Sinne des Verfassers fast wie ein unerfüllbar scheinender frommer Wunsch an, wenn man erwägt, was die Aufgabe eines solchen Buches sein muß: bei

Digitized by Google

gründlichster Beherrschung und wissenschaftlicher Erfassung des überreichen Rechtsstoffs, seiner Quellen und Literatur, doch eine Ausdrucksform zu finden, in welcher der ganze wissenschaftliche Apparat nicht aufdringlich hervortritt, sondern die erforderlichen Kenntnisse dem Leser in leicht faßlicher und fesselnder Form vermittelt werden. Diese Aufgabe hat der Verfasser in trefflicher Weise gelöst. Dem Juristen und auch dem aufmerksamen Laien kann es nicht entgehen, wie die ganze Darstellung auf umsichtige und tiefe Studien gegründet ist; aber der Nachweis der Quellen, Entscheidungen und wissenschaftlichen Grundlagen ist in Anmerkungen verlegt, welche dem Leser als Anhalt für kritische Nachprüfung und eingehendere Studien dienen können, ohne ihn in der ruhigen und gleichmäßigen Aufnahme der im Text enthaltenen, überall in klarer und einfacher Sprache gegebenen Darstellung des Wesentlichen zu stören. Königtum und Volksvertretung, Regierung, Gesetzgebung, richterliche Gewalt, Beamtentum, Verwaltungsorganisation, Rechtsschutz im Gebiete des öffentlichen Rechts, die Einzelgebiete des Auswärtigen, des Kriegswesens, der Justiz, der vielverzweigten inneren Verwaltung (Polizei, Armenpflege, Grundbesitz-, Gewerbe-, öffentliches Handels- und Verkehrsrecht), der Finanzen, der Kirche und der Schule sind ausführlich behandelt. In Zweifels- oder Streitfragen hält der Verfasser mit seiner eigenen, immer sorgfältig begründeten Auffassung nicht zurück, ohne einen einseitigen parteipolitischen Standpunkt einzunehmen oder gar dem Leser aufzudrängen. Davor bewahrt ihn schon die gewissenhafte geschichtliche Grundlegung, von der seine Darstellung überall beherrscht ist und zu der ihn seine umfassenden staats- und rechtsgeschäftlichen Vorarbeiten besonders befähigten. So wird jeder für unser Staatsleben interessierte Bürger wie der Studierende, der Beamte und der zünftige Jurist aus dem Werke reiche Belehrung und Anregung schöpfen können. Die jedem einzelnen Bande beigefügten, übersichtlich gegliederten Inhaltsverzeichnisse und ausführlichen alphabetischen Register erleichtern die Benutzung des Werkes, auch als eines Nachschlagebuches. Der Verlag hat ihm eine vorzügliche Ausstattung gegeben, die es auch äußerlich zu einem Schmucke jeder Hausbibliothek macht. Es ist ein echtes Volksbuch und es ist zu wünschen, daß es als solches auch aufgenommen und gewürdigt werde.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und recht deutlich zu schreiben.

Anspruch auf Krankenhilfe bei Krankmeldung alsbald nach der Entlassung aus der Arbeit.

1. Nach Kattowitz. Frage: Unsere Kasse hat mit einer stark fluktuierenden Mitgliedschaft zu tun. In diesen Kreisen herrscht das Bestreben, daß sich der Versicherte, wenn die Entlassung aus irgendeinem Grunde, sei es wegen Arbeitsmangel oder wegen Betriebseinstellung erfolgt, gleich am Tage der Entlassung oder aber unmittelbar darauf krank meldet, um die Kassenleistungen in Anspruch zu nehmen, und um auf diese Weise für die Zeit der Arbeitslosigkeit einigermaßen gesichert zu sein. Gewöhnlich wird hierbei die Behauptung aufgestellt, daß die Krankheit schon eine Zeitlang andaure. In vielen Fällen liegt die Sache auch so, daß das Arbeitsverhältnis gelöst wird, sobald sich der Versicherte krank meldet. Es fragt sich nun, ob die Kasse in solchen Fällen verpflichtet ist, die Krankenhilfe ohne weiteres zu gewähren, oder ob auf diese Unterstützungsansprüche der § 214 RVO. Anwendung findet.

Antwort: Es handelt sich nicht um eine von uns zu entscheidende Rechtsfrage, sondern um eine Frage der ärztlichen Beurteilung des einzelnen Falles. Stellt der Arzt fest, daß überhaupt Krankheit vorliegt, so muß er sich auch darüber äußern, ob das Bedürfnis eines Heilverfahrens oder Arbeitsunfähigkeit objektiv schon im Zeitpunkte der Entlassung, also noch bei bestehender Kassenmitgliedschaft gegeben war. Ist dies der Fall, so hat der Ausscheidende Anspruch auf die vollen Kassenleistungen; andernfalls kommt § 214 RVO. in Frage.

Beschränkung der Familienhilfe auf Angehörige, die im Haushalt des Versicherten leben; Zusatzbeiträge in solchem Falle.

2. Nach N. N. Antwort: Eine solche Beschränkung ist zulässig (vgl. Mustersatzg. f. OrKn.) und bedeutet, daß die Leistung nur zu gewähren ist, wenn das Familienmitglied bei Eintritt des Versicherungsfalles im Haushalt des Mitgliedes lebt (preuß. OVG. in Arb.-Vers. 1898 S. 476). Wenn Ihre Satzung, obwohl sie eine solche Beschränkung enthält, dennoch allgemein vorschreibt, daß „von den Mitgliedern mit Familienangehörigen" Zusatzbeiträge erhoben werden (ebenso § 58 der Musterf.), so darf das nur auf Mitglieder mit berechtigten Angehörigen, also mit solchen bezogen werden, die im Haushalt des Mitgliedes leben. Es kann doch nicht Absicht des Gesetzes sein, daß von einem Mitglied in Danzig Zusatzbeiträge erhoben werden, weil es

Digitized by Google

ein Kind hat, das in Metz die Schule besucht! Hat die Kasse gleichwohl in solchen Fällen Zusatzbeiträge erhoben, so muß sie sie zurückzahlen; ein Anspruch auf Familienhilfe wird durch die bloße Beitragsleistung nicht begründet. — Ist ein Ehegatte Kassenmitglied, so ist die Familienhilfe auch dann zu gewähren, wenn der andere Ehegatte Mitglied einer anderen Kasse ist, die gleichfalls Familienhilfe gewährt.

Ansprüche des erkrankten Dienstboten gegen die Dienstherrschaft.

3. Nach Bonn. Antwort: Es ist zu unterscheiden zwischen dem Anspruch des erkrankten Dienstboten gegen den Dienstberechtigten a) auf Kur und Pflege und b) auf Fortzahlung des Lohnes.

a) Nach § 617 BGB. hat der in die häusliche Gemeinschaft aufgenommene Dienstverpflichtete bei unverschuldeter Krankheit Anspruch auf Kur und Pflege für höchstens sechs Wochen. Dies galt auch für Dienstboten, jedoch nach Art. 95 Abs. 2 Einf.Ges. zum BGB. nur, soweit die Landesgesetze nicht weitergehende Ansprüche gewähren. Jetzt sind solche landesrechtliche Vorschriften für Dienstboten durch Art. 42 Abs. 1 Einf.Ges. zur RVO. schlechthin aufgehoben. Es käme also nur noch die reichsrechtliche Vorschrift des § 617 BGB. in Betracht, aber auch diese gilt nach § 617 Abs. 2 nicht, wenn für Kur und Pflege durch eine Versicherung vorgesorgt ist, und da dies jetzt hinsichtlich der Dienstboten nach § 165 Abs. 1 Ziff. 1 und §§ 435 ff. RVO. allgemein der Fall ist, so ist jetzt jeder Anspruch des Dienstboten gegen die Herrschaft auf Kur und Pflege beseitigt.

b) Dagegen sind landesrechtliche Vorschriften, welche die Fortzahlung des Lohnes betreffen, nach Art. 42 Abs. 2 Einf. zur RVO. unberührt geblieben, vorbehaltlich des § 436 RVO. Wenn also § 26 der Rheinischen Gesinde-Ordg. nach der herrschenden Rechtsprechung dahin zu verstehen ist, daß der erkrankte Dienstbote zwar die Kurkosten allein zu bestreiten, jedoch seinen Lohn für die Dauer von vier Wochen weiter zu beanspruchen hat, so gilt dies noch jetzt, jedoch mit der aus § 436 RVO. sich ergebenden Einschränkung, daß er sich das Krankengeld auf den Lohn anrechnen lassen muß.

Die Kasse kann die Versicherten der Regel nach auch bei Zahnleiden an den Kassenarzt verweisen.

4. Nach B. Antwort: Der Standpunkt der Kasse ist der richtige. Die Kasse ist berechtigt, Zahnkranke an den allgemeine Praxis treibenden Arzt zu verweisen, der je nach Umständen die Behandlung behalten oder den Kranken an einen Zahnarzt oder auch mit Zustimmung des Versicherten an einen Zahntechniker verweisen kann (zu vgl. Hahn, Handb. d. Kr.Vers. Anm. zu § 123 RVO. S. 108). Schon die Fassung des § 122 bestätigt die Richtigkeit der Auffassung, daß die Kasse keinesfalls allgemein — d. h. von besonderen Fällen abgesehen — verpflichtet ist, die Versicherten von vornherein einem Zahnarzte zu überweisen, da das Gesetz doch ausdrücklich vorschreibt, daß die ärztliche Behandlung durch approbierte Aerzte, bei Zahnkrankheit „auch" durch approbierte Zahnärzte erfolgt ist. Das bezeugt, daß die Kasse ihrer Verpflichtung genügt, wenn sie die Mitglieder zunächst an den zuständigen Kassenarzt verweist. Der Zahnarzt ist ein Facharzt, wie der Augenarzt oder der Chirurg. Einen Anspruch auf fachärztliche Hilfe aber hat der Versicherte nur dann, wenn sachgemäße ärztliche Hilfe nach den Umständen des Falles durch den allgemeine Praxis treibenden Arzt nicht gewährt werden kann. Zur Feststellung, ob dies vorliegt, kann die Kasse der Regel nach zunächst auf Anrufung des Kassenarztes bestehen. An dieser dem bisherigen Recht entsprechenden Rechtslage hat die RVO. nichts geändert (vgl. Hahn S. 106 Anm. zu § 122 und Monatsblätter für Arbeiterversicherung 1910 S. 72).

Krankenversicherung der Bezirkshebammen.

5. Nach U. Antwort: a) Hebammen üben einen selbständigen Beruf aus, auch dann, wenn sie als Gemeinde- oder Bezirkshebammen zur Ausübung ihres Berufes unter bestimmten Bedingungen bestellt und verpflichtet sind; vgl. Anleitung des RVA. v. 26. April 1912 Ziff. 71, Amtl. Nachr. 1912 S. 720 ff. Sie sind daher nach der RVO. wie bisher nach dem KVG. nicht versicherungspflichtig.

b) Freiwillige Mitglieder der geschlossenen Gemeindekrankenversicherung setzen nach § 300 RVO. und Art. 14 Einf.Ges. ihr bisheriges Versicherungsverhältnis „unmittelbar" fort, wenn sie von dem ihnen ausdrücklich gewährten „Recht auf Mitgliedschaft" bei der zuständigen Kasse Gebrauch machen. Die Ortskrankenkasse kann ihnen daher dies unbedingte Recht nicht dadurch verkümmern, daß sie von ihnen — wie von freiwillig Beitretenden (§ 176 Abs. 3, § 310 Abs. 2, 3) — den Nachweis der Gesundheit fordert. Wir können nur nicht erkennen, auf Grund welcher Vorschrift des bisherigen Rechts die Bezirkshebammen bei der Gemeindekrankenversicherung freiwillig versichert gewesen sein sollen. Nach § 4 Abs. 2 KVG. hatten sie kein Beitrittsrecht. Jetzt haben sie es nach § 176 Abs. 1 Ziff. 3 RVO.

Befreiung von der Krankenversicherungspflicht nach §§ 169, 171 RVO.

6. Nach B. Antwort: Hinsichtlich der Anwendbarkeit des § 50 KVG. in der Uebergangszeit verweisen wir auf unsere Auskunft in Arb.-Vers. 1914 S. 127 Ziff. 1. — Zur Befreiung nach § 171 (vgl. § 169) RVO. genügt es allerdings nicht, daß den Angestellten „für die Zeiten der Arbeitsunfähigkeit" Anspruch auf Gehalt gewährleistet ist, sondern der Anspruch muß schlechthin „im Krankheitsfall" gewährleistet sein (zu vgl. als Muster: Beschluß des preuß. Staatsministeriums und Erlaß des Handelsministers in Arb.-Vers. 1914 S. 87). Praktisch würde jene einschränkende Fassung besonders dann eine Lücke in der Fürsorge ergeben, wenn der kranke, aber nicht arbeitsunfähige Angestellte vor Ablauf der

Digitized by Google

26 Wochen (§ 183) entlassen würde und hiermit seinen Gehaltsanspruch verlöre.

Bemessung der Zusatzbeiträge nach der Kopfzahl der berechtigten Familienangehörigen.

7. Nach Brake in Oldenburg. Antwort: Die Mustersatzung für OKKn. sieht im § 58 allerdings nur die Festsetzung eines einheitlichen Beitrags vor, aber dies ist selbstverständlich nicht bindend, und die amtliche Erläuterung zu § 58 hebt doch ausdrücklich hervor, daß auch die Bemessung „nach der Zahl der Familienmitglieder", d. h. nach der Zahl der berechtigten Familienmitglieder zulässig ist. Dies erscheint sogar als die gerechtere Art der Heranziehung der Mitglieder zu Beiträgen für die besondere Leistung. Daß ihr gesetzlich nichts entgegensteht, ergibt sich aus § 384 Abs. 2 RVO. Einer übermäßigen Belastung der Mitglieder beugt § 384 vor, der die Festsetzung der Zusatzbeiträge von der „Zustimmung" des Oberversicherungsamts abhängig macht und hiermit dem Amt auch die Berücksichtigung von Erwägungen der Billigkeit und Zweckmäßigkeit zur Pflicht macht. Freilich wird alsdann die Satzung auch bestimmen können, und im Interesse ordnungsmäßiger Durchführung bestimmen müssen, daß die Mitglieder auch die berechtigten Familienmitglieder der Kasse anzeigen müssen. Den Arbeitgebern eine solche Anzeige- oder Anmeldepflicht aufzuerlegen, dafür bietet das Gesetz keine Handhabe.

Krankenversicherung eines Vollziehungsbeamten.

8. Nach Bo. Antwort: Da Ihr Verdienst schwankt, so muß er nach dem Durchschnitt festgesetzt oder abgeschätzt werden. Ergibt sich hierbei ein Jahresarbeitsverdienst von mehr als 2500 M., so sind Sie weder krankenversicherungspflichtig noch -berechtigt. Als Vollziehungsbeamter einer Gemeinde gehören Sie zu den Angestellten in gehobener Stellung (§§ 165 Ziff. 2, 176 RVO.). Briefkasten. 883

Vom Gehalt darf im Krankheitsfalle nur der Barbetrag der Unterstützung, nicht auch der Wert der Krankenhauspflege abgezogen werden.

9. Nach Heidelberg. Frage: Ein lediger Beamter unserer Firma, der Mitglied der Betriebskrankenkasse ist, mußte im Krankenhaus aufgenommen werden. Nach unseren Statuten steht den ledigen Mitgliedern nebst freier Kur und Verpflegung im Krankenhaus noch ein sogenanntes Ledigengeld zu in Höhe von 1/6 der normalen Krankenunterstützung. Nach § 616 BGB. steht dem Beamten während der Krankheit 6 Wochen lang sein Gehalt zu, wogegen die Firma berechtigt ist, vom Gehalt denjenigen Betrag zu kürzen, der dem Erkrankten aus irgendeiner Kasse zukommt. Da im vorliegenden Falle an Stelle dieser Krankenunterstützung freie Kur und Verpflegung im Krankenhaus getreten ist, und die bare Unterstützung nur 66 Pf. für den Tag beträgt, so sind wir im Zweifel darüber, ob die Firma berechtigt ist, vom Gehalte denjenigen Betrag zu kürzen, der dem Patienten im gewöhnlichen Falle als Krankengeld zusteht oder bloß 66 Pf., die dem Patienten tatsächlich in barem Gelde ausbezahlt werden.

Antwort: Der Angestellte braucht sich nur den Barbetrag anrechnen zu lassen, den er aus der Krankenversicherung erhält, nicht aber auch den Wert des Unterhalts im Krankenhaus. Voraussetzung ist dabei, daß er versicherungspflichtig ist. Ist er freiwilliges Kassenmitglied, so ist der Abzug des Kranken- oder Taschengeldes überhaupt nicht zulässig. Einem Handlungsgehilfen darf nach § 63 Abs. 2 HGB. übrigens das Krankengeld garnicht abgezogen werden.

Arbeitgeberzuschüsse für die einer Ersatzkasse angehörenden Hausgewerbetreibenden.

10. Nach Mannheim. Frage: Bei uns ist eine größere Anzahl Hausgewerbetreibender zur Anmeldung gelangt, welche Mitglieder von Ersatzkassen sind. Der Antrag auf Ruhen der Rechte und Pflichten ist gemäß § 517 RVO. gestellt worden. Ist nun für die Berechnung des Drittel der Beiträge, das vom Arbeitgeber zu entrichten ist, der Ortslohn oder aber der dem tatsächlichen Arbeitsverdienst entsprechende Grundlohn maßgebend?

Antwort: Die Arbeitgeber der Hausgewerbetreibenden haben überhaupt nicht ein Drittel der Beiträge zu entrichten, sondern sogenannte Zuschüsse (§ 469 RVO.), die zurzeit auf 2 Proz. des Entgelts festgesetzt sind (§ 472). Diese Zuschüsse müssen geleistet werden, auch wenn die Rechte und Pflichten bei der Zwangskasse ruhen (§ 517 Abs. 2).

Anwesenheit des Ausschußvorsitzenden in Sitzungen des Kassenvorstandes.

11. Nach Berlin. Antwort: Ein Recht auf Anwesenheit bei den Sitzungen des Kassenvorstandes hat der Vorsitzende des Ausschusses keinesfalls, doch kann ihm die Anwesenheit gestattet werden. Vgl. Hahn, Handb. der Kr.Vers. S. 14, 15, Anm. zu § 11 RVO.; Kleeis in Arb.-Vers. 1913 S. 31.

Hebammendienste und Geburtshilfe als ärztliche Behandlung.

12. Nach Bingen. Antwort: Die Entscheidung des RVA., wonach Hebammendienste und ärztliche Geburtshilfe den Versicherungsberechtigten nicht zugebilligt werden können (Nr. 1789, Arb.-Vers. 1914 S. 115) bezieht sich ausdrücklich nur auf den Fall des § 198 RVO. Dort handelt es sich um eine Mehrleistung im Rahmen der Wochenhilfe. Nach der klaren Fassung des Gesetzes darf diese Mehrleistung nur den Pflichtmitgliedern gewährt werden. Ist bei nicht normalem Verlaufe der Schwangerschaft oder Entbindung ärztliche Hilfe oder auf Anordnung des Arztes die Zuziehung einer Hebamme erforderlich, so handelt es sich um ärztliche Behandlung (§ 122). Insoweit dürfen und müssen daher diese Leistungen im Rahmen der Krankenhilfe nach § 182 auch den Versicherungsberechtigten und auch im Rahmen der Familienhilfe nach § 205 Ziff. 1 gewährt werden.

Digitized by Google

Kranken- und Invalidenversicherung bei mehrfachen Beschäftigungsverhältnissen. — Die Meldestelle kann nicht auf Streitentscheidung über das Versicherungsverhältnis antragen.

13. Nach X. Antwort: a) Für die Einreihung in die Lohnstufen ist, ebenso wie für die Berechnung der Verdienstgrenze (§ 165 Abs. 2, § 1226 Abs. 2 RVO.), der Verdienst aus den drei versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen zusammenzurechnen (vgl. Anleitg. d. RVA. Ziff. 50, Schlußsatz). Danach bemißt sich der Beitrag, den derjenige Arbeitgeber an die Kasse zu zahlen hat, bei dem die überwiegende Beschäftigung stattfindet (§ 309). Wie er sich mit den anderen beteiligten Arbeitgebern auseinanderzusetzen hat, ergibt § 396; vgl. Hahn, Handb. der KrVers. S. 561 Anm. 2. Für die Invalidenversicherung ist § 1426 Abs. 2 maßgebend. — Vgl. noch Arb.-Vers. S. 127 Ziff. 3.

b) Wenn bei zwei Beschäftigungsverhältnissen, von denen das erste nur den Montag, das zweite die drei folgenden Tage der Woche beansprucht, beide invalidenversicherungspflichtig aber nur das zweite krankenversicherungspflichtig ist, so ist für die Einreihung in die Lohnklassen der Invalidenversicherung nur der Entgelt maßgebend, der für diese zweite Beschäftigung bezogen wird, weil diese die Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet (§ 1246 Abs. 2 Ziff. 1; Hanow Anm. 10 zu § 1246). Der erste Arbeitgeber hat den Beitrag zur Invalidenversicherung zu entrichten (§ 1426), und zwar, da dort die Einziehung durch die Kassen erfolgt, an die Ortskrankenkasse, der der Versicherte angehört. Daß dieser Arbeitgeber Krankenversicherungsbeiträge nicht zu entrichten hat, ist ohne Belang. Daß ein Arbeitgeber, wenn der Versicherte gleichzeitig in einem anderen versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisse steht, unter Umständen Beiträge an eine ihm sonst fremde Kasse zahlen muß, ist in der Begründung zu § 396 (S. 225 zu § 426 Entw.) ausdrücklich hervorgehoben. So liegt die Sache auch hier hinsichtlich der Invalidenversicherungsbeiträge. Für die Auseinandersetzung mit dem anderen Arbeitgeber gilt § 1426 Abs. 2.

c) Die gemeinsame Meldestelle hat die Meldungen nur entgegenzunehmen und den Kassen zu überweisen. Sie kann nicht auf Entscheidung des Versicherungsamts antragen, wenn sie z. B. wegen Geringfügigkeit des Entgelts die Versicherungspflicht anzweifelt. Das steht nur den Kassen und den im § 405 Abs. 2 bezeichneten sonstigen Beteiligten zu.

a) **Weiterversicherung bei Ueberschreiten der Verdienstgrenze nach § 27 KVG. (§ 313 RVO.).** b) **Ablehnung von Befreiungsanträgen ist zu begründen.** c) **Kassenwechsel infolge Aenderung der Vorschriften über den Beschäftigungsort.**

14. Nach Diedenhofen. Antwort: a) Die Entscheidung ist begründet. Wenn das Pflichtmitglied die Verdienstgrenze von 2000 Mk. überschritt, so konnte es die Versicherung nach § 27 KVG. freiwillig fortsetzen. Die Absicht, dies zu tun, hat es durch Fortzahlung der Beiträge seit vier Jahren bekundet. Daß die Kasse die Beiträge möglicherweise in der irrigen Meinung entgegennahm, daß die Versicherungspflicht noch fortbestehe, ist gleichgültig (vgl. Entsch. des preuß. OVG. in Arb.-Vers. 1901 S. 343). Wenn sich jetzt nicht mehr feststellen läßt, daß mit der Fortzahlung der Beiträge in der im § 27 vorgesehenen Wochenfrist begonnen wurde, so läßt sich eben nicht erweisen, daß die freiwillige Mitgliedschaft ohne rechtlichen Grund besteht. Die unbeanstandete Geltung während mehrerer Jahre spricht für die Rechtmäßigkeit.

b) Es ist ganz ungehörig, daß die Kasse Befreiungsanträge „prinzipiell" ablehnt. Sie handelt pflichtwidrig, wenn sie die Anträge nicht prüft und ihnen stattgibt, sobald die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Lehnt sie einen Antrag ab, so hat sie den Grund anzugeben.

c) Die Arbeiter, welche der Bauunternehmer bei seinen auswärtigen Bauten beschäftigt, sind nach § 153 Abs. 2, § 234 RVO. Mitglieder der Ortskrankenkasse ihrer Baustelle, nicht der Kasse, in deren Bezirk der Unternehmer seinen Betriebssitz hat. Waren sie nach dem früheren Rechte gemäß der herrschenden Rechtsprechung bei der letzteren Kasse versichert, so hat sich am 1. Januar durch das Inkrafttreten des neuen Rechts ein Kassenwechsel vollzogen, für den § 212 gilt. Die neue Kasse hat also die weitere Leistung an die bereits vorher Erkrankten zu übernehmen.

Kassenzugehörigkeit der Dienstboten im Betriebe der Aerzte.

15. Nach Bochum. Antwort: Daß der Beruf der Aerzte, obwohl die Gew.Ordg. einige darauf bezügliche Bestimmungen enthält, nicht allgemein als Gewerbebetrieb angesehen werden darf, ist anerkannt und bedarf keiner näheren Ausführung. Aber der § 439 RVO. spricht doch auch nicht von „Gewerbebetrieb", sondern von dem „Betrieb oder anderen Erwerbsgeschäft" und bezeichnet mit letzterem allgemeinen Ausdruck jede zu Erwerbszwecken unternommene berufliche Betätigung. Dahin gehört auch die Berufstätigkeit der Aerzte, so gut wie die der Anwälte, Notare usw., obwohl sie alle kein „Gewerbe" betreiben. Die RVO. hat durch den § 439 lediglich das bestätigt, was die herrschende Rechtsprechung schon bisher als geltend ansah (vgl. Hahn, Handb. der Kr.Vers. S. 613, 614 und Hoffmann S. 562). Daß in der bisherigen Rechtsprechung von den Dienstboten gerade der Aerzte nicht die Rede war, hat seinen Grund darin, daß der ärztliche Beruf bisher nicht — wie der Beruf der Anwälte oder Notare — unter die nach § 1 KVG. versicherungspflichtigen Betätigungen gehörte. Nachdem dies durch die RVO. (§ 165) anders geworden ist, fehlt jeder Grund, die Dienstboten der Aerzte im Sinne des § 439 anders zu behandeln als die Dienstboten der Anwälte und Notare oder der Kaufleute, Gastwirte usw.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Dippe; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe; Geh. Regierungsrat Professor Dr. Laß, Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Rat Dr. Olshausen; Geheimrat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1061 der ganzen Folge

31. Jahrgang | 11. April 1914 | Heft 11

Die Krankenversicherung der Hausgewerbtreibenden.

Vom Großh. Rat C. Leicht in Weimar.

1. Einleitung. Das Problem der Krankenversicherung der Hausgewerbtreibenden hat die Gesetzgebung nun seit 30 Jahren beschäftigt. Das Krankenversicherungsgesetz vom 15. 6. 83 suchte sie dadurch in die Wege zu leiten, daß in § 2 Ziff. 4 die Ausdehnung der Krankenversicherungspflicht durch statutarische Bestimmung einer Gemeinde oder eines Gemeindeverbandes ermöglicht wurde. Von diesem Rechte ist nur in sehr geringem Maße Gebrauch gemacht worden. Der vierte Absatz, der dem § 2 des Krankenversicherungsgesetzes durch die Novelle vom 30. Juni 1900 hinzugefügt wurde und der den Bundesrat zur Ausdehnung der Krankenversicherungspflicht auf Hausgewerbtreibende ermächtigte, hat eine praktische Folge überhaupt nicht gehabt.

Bereits bei der Beratung dieser Novelle in der Kommission waren mancherlei Bedenken geäußert worden, ob die neuen Vorschriften ausreichend und geeignet sein würden, das erstrebte Ziel zu erreichen. Daß diese Bedenken begründet waren, bestätigt die Tatsache, daß der in Aussicht genommene Bundesratsbeschluß nicht zustande kam. Es wurde zwar im Jahre 1892 ein Versuch unternommen und ein vorläufiger Entwurf im preußischen Ministerialblatt der Handels- und Gewerbeverwaltung veröffentlicht. Dieser Entwurf vermochte indessen nicht die Zustimmung der sachverständigen Kreise zu gewinnen. (Begr. der RVO. S. 96).

Erfolgreicher waren die Versuche einer Sicherung der Hausgewerbtreibenden gegen die Folgen vorzeitiger Invalidität und des Alters. Der § 2 Z. 2 des Gesetzes, betr. die Invaliditäts- und Altersversicherung vom 22. 6. 89 hatte gleichfalls den Bundesrat ermächtigt, die Versicherungspflicht auf Hausgewerbtreibende auszudehnen. Durch Bekanntmachungen vom 16. 12. 91. und vom 1. 3. 94 wurde die Invalidenversicherungspflicht der Hausgewerbtreibenden eingeführt, zuerst für die Zigarren- und sonstige Tabakindustrie und dann für einen Teil der Textilindustrie: Weberei und Wirkerei nebst den erforderlichen Nebenarbeiten (Spulerei, Treiberei, Schererei, Schlichterei usw.) sowie die weitere Bearbeitung oder Verarbeitung (Appretierung, Konfektion) der Gewebe und Wirkwaren, soweit diese Arbeiten in der Betriebsstätte der Arbeiter oder Hauswirker nebenbei ausgeführt werden. Unterm 9. 11. 95 erfolgte dann noch die Ausdehnung auf die Nebenarbeiten (Spulerei, Treiberei usw.) für sonstige Erzeugnisse der Textilindustrie.

Der § 165 Z. 6 der RVO. hat nun die Krankenversicherung auf alle Hausgewerbtreibenden ausgedehnt, es auf dem Gebiete der Invalidenversicherung aber (§ 1229 Z. 2) zunächst bei dem Rechte des Bundesrats, die Ausdehnung zu beschließen, belassen. Welche schwierige Aufgabe den Krankenkassen mit der Durchführung der Versicherung für die Hausgewerbtreibenden gestellt wird, läßt schon die

Digitized by Google

Tatsache erkennen, daß 30 Jahre vergingen, bevor ein Weg gefunden wurde, auf dem man diese Versicherung glaubt durchführen zu können.

2. Hausgewerbtreibende. Die RVO. bezeichnet in § 162 als Hausgewerbtreibende „selbständige Gewerbtreibende, die in eigenen Betriebsstätten im Auftrag und für Rechnung anderer Gewerbtreibender gewerbliche Erzeugnisse herstellen oder bearbeiten." Sie gelten dafür auch dann, wenn sie die Roh- oder Hilfsstoffe selbst beschaffen, sowie für die Zeit, in der sie vorübergehend für eigene Rechnung arbeiten. Sie nehmen eine Mittelstellung zwischen dem Lohnarbeiter und dem selbständigen Gewerbtreibenden ein. Sie unterscheiden sich von dem selbständigen Gewerbtreibenden im wesentlichen dadurch, daß sie nicht unmittelbar für die Verbraucher oder für einen ihnen bekannten Kundenkreis auf Bestellung oder auf Vorrat Ware herstellen, sondern daß sie sich in ihrer eigenen Betriebsstätte mit der Herstellung von Waren beschäftigen, die zum Vertrieb im Großen außerhalb des Produktionsortes bestimmt sind (Schmoller, Berichte, veröffentlicht vom Verein für Sozialpolitik, Leipzig, Verlag von Dunker und Humblot). Weil ihm die Absatzverhältnisse unbekannt bleiben, befindet sich der Hausgewerbtreibende in wirtschaftlicher Abhängigkeit von einem Unternehmer und erhält im wesentlichen nur einen Lohn für seine Arbeitsleistungen, erzielt aber keinen oder nur ausnahmsweise einen unerheblichen Unternehmergewinn. Der Hausgewerbtreibende hat die wirtschaftliche Abhängigkeit mit dem Lohnarbeiter gemein, die sich darin zeigt, daß er von einem anderen Gewerbetreibenden — Kaufmann, Fabrikanten oder auch von einem Hausgewerbetreibenden — beschäftigt wird. Er arbeitet „auf Rechnung eines Dritten, der die geschäftliche Gefahr trägt, ihm aber die Möglichkeit einer Verwertung eigener Erzeugnisse und damit die Erzielung eines Unternehmergewinns nimmt." Der Unternehmergewinn fällt in der Hauptsache nicht dem Hausgewerbtreibenden, sondern nur dem den Absatz der Ware vermittelnden Auftraggeber zu. Der Hausgewerbtreibende verkauft keine materielle Ware, sondern nur die Arbeitsleistung gegen einen bestimmten Lohn (Amtl. Nachr. des RVA. 1891 Z. 77 S. 181). Die Abhängigkeit des Hausgewerbtreibenden ist aber nur wirtschaftlicher Natur. In seinen persönlichen Verhältnissen ist er unabhängig. In der eigenen Werkstätte (Wohnung) ist er alleiniger Herr. Er bestimmt Anfang, Ende und Umfang der Arbeit; regelmäßig ist er nach Annahme des Auftrags der Leitung des bestellenden Unternehmers bei Ausführung der Arbeit nicht unterworfen. Er hat nicht einmal immer die Identität der Ware zu gewährleisten, und es hat der Auftraggeber im allgemeinen kein Interesse daran, ob diese bestimmte Person oder eine andere die Arbeit gefertigt hat. Es ist deshalb auch die etwaige Heranziehung von Hilfskräften seiner selbständigen Entschließung unterstellt. Durch diese persönliche Unabhängigkeit unterscheidet sich der Hausgewerbtreibende von dem Lohnarbeiter, der persönliche Arbeitsleistungen an den Arbeitgeber verkauft und sich in den Grenzen des Arbeitsvertrags den Anordnungen des Arbeitgebers zu unterwerfen hat (a. a. O. S. 182).

Nun sollen zwar nach dem Wortlaut des Gesetzes Hausgewerbtreibende ohne Rücksicht auf die Zahl der von ihnen Beschäftigten versicherungspflichtig sein. Allein die Rechtsprechung hat zu einer Einschränkung des Begriffs geführt. Das Reichsversicherungsamt nimmt an, daß die Merkmale des Hausgewerbbetriebs bei der Warenerzeugung für bestimmte gewerbliche Unternehmer dann nicht mehr zutreffen, wenn jemand nicht persönlich mit der eigentlichen Herstellung der Arbeit beschäftigt ist, sondern sich ausschließlich oder überwiegend mit der Leitung eines mit entsprechend zahlreichen Hilfskräften und nicht unerheblichem Kapitalaufwand geführten Betriebs befaßt. So hat das Reichsversicherungsamt einen Wirkermeister, der 6 Hilfspersonen an eigenen Strickmaschinen beschäftigt und in der Hauptsache nur betriebleitende Funktionen ausübt, als einen selbständigen Unternehmer angesehen. Es hat dabei ausgeführt, daß die Entscheidung, ob jemand als Haus-

Digitized by Google

gewerbtreibender anzusehen sei, nur von Fall zu Fall unter Berücksichtigung der besonders obwaltenden Verhältnisse und der gesamten wirtschaftlichen und persönlichen Stellung des Beschäftigten zu treffen sei. Dabei hat es die Annahme des Staatskommissars, der die Wirkermeister der Stadt Apolda ohne Ausnahme von der Versicherungspflicht deshalb ausschließen wollte, weil der überwiegende Teil derselben in die wirtschaftliche Stellung selbständiger Unternehmer (Fabrikanten) aufaufgerückt sei, zurückgewiesen und betont, daß auch die Erfindung eigener Muster einen Hausgewerbtreibenden, der nur mit Angehörigen oder allein beschäftigt sei, noch nicht zum selbständigen Unternehmer mache, daß auch der Unterschied zwischen den vom Auftraggeber dem Wirkermeister gezahlten Löhnen und denjenigen, welche letzterer an seine Hilfspersonen leiste, im Hinblick auf den notorisch niedrigen Betrag des Verdienstes der Hausindustriellen überhaupt die Annahme eines eigentlichen Unternehmergewinns regelmäßig nicht rechtfertige. Stets werde es einer sorgfältigen Prüfung der Verhältnisse des Einzelfalles bedürfen, um zu einer sachgemäßen Unterscheidung von Hausgewerbtreibenden und sonstigen Unternehmern zu gelangen (Amtl. Nachr. 1895 Z. 456 S. 247). Für die Abgrenzung des Kreises der Hausgewerbtreibenden selbst wird hiernach die seitherige Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts einen ausreichenden Anhalt bieten, wie denn auch die Begründung zur Reichsversicherungsordnung auf diese als durchaus zutreffend bezeichnete Rechtsprechung ausdrücklich Bezug nimmt (Begr. zur RVO. S. 81).

3. Hilfspersonen. Schwieriger ist die Frage zu entscheiden, inwieweit die von den Hausgewerbtreibenden beschäftigten Hilfspersonen den neuen Bestimmungen unterfallen. Von der Berechtigung des § 467 RVO., Hausgewerbtreibende, die ein jährliches Einkommen von 2500 M. nachweisen, von der Versicherungspflicht freizulassen, hat der Bundesrat bis jetzt keinen Gebrauch gemacht. Die Hausgewerbtreibenden, die ein so hohes Einkommen besitzen, werden übrigens in der Regel von der Versicherungspflicht schon deshalb freibleiben, weil die Erzielung eines solchen Einkommens einen so bedeutenden Umfang des Hausgewerbbetriebs voraussetzt — die wenigen Fälle, in denen das Einkommen in der Hauptsache aus Vermögen fließt, können unberücksichtigt bleiben — daß der Hausgewerbtreibende sich auf die Leitung des Betriebs wird beschränken müssen, und an der Warenherstellung selbst nur wenig wird teilnehmen können. Nun unterwirft der § 466 Abs. 2 RVO. den Vorschriften über die Krankenversicherung der Hausgewerbtreibenden auch die von ihnen hausgewerblich Beschäftigten. Unter dem Ausdruck der hausgewerblich Versicherungspflichtigen versteht der Entwurf die Hausgewerbtreibenden selbst und alle diejenigen Personen, welche sie in ihrem Hausgewerbebetriebe beschäftigen (Begr. zu § 496 Entw. S. 239). Die Bezeichnung des „hausgewerblich Beschäftigten" kehrt auch in den weiteren Vorschriften über die Durchführung der hausgewerblichen Krankenversicherung wieder (vgl. u. a. § 468 Abs. 2, §§ 469, 480 RVO.). Nun sind die von Hausgewerbtreibenden in ihrer Betriebsstätte beschäftigten Hilfspersonen seither als Gehilfen im Sinne von § 1 Z. 1 des KVG. vom 15. 6. 83 und seiner Nachträge angesehen worden (vgl. Woedtke, Kommentar zum KVG. Anm. 14 zu § 1); Mosin, Recht der Arbeiterversicherung, Bd. 1 S. 180). Auf Grund dieser gesetzlichen Bestimmungen und ihrer Auslegung waren seither die Gehilfen von Hausgewerbtreibenden vollberechtigte Mitglieder der Krankenkassen.

Wollte man jetzt auf diese Personen die besonderen Vorschriften für die Hausgewerbtreibenden anwenden, so würde das in vielen Fällen zu einer Verschlechterung der Rechtslage führen, da, wie weiter unten gezeigt wird, die Krankenkassenleistungen der Hausgewerbtreibenden im Regelfalle hinter der allgemeinen Krankenfürsorge zurückbleiben werden. Nun ist der Grundzug der RVO. zweifellos auf

Digitized by Google

eine Ausdehnung des Kreises der Versicherungspflichtigen gerichtet; es sollten für diejenigen hausgewerblich tätigen Personen, die schon unter der Herrschaft des geltenden Rechts in die Krankenversicherung einbezogen worden sind, Härten und Unzuträglichkeiten möglichst vermieden werden (Begr. S. 103). Damit stimmt überein eine Ausführung des Kommissars des Bundesrats zu dem Antrag Nr. 307 zu § 514 des Entwurfs, der dem Auftraggeber die Verpflichtung auferlegen wollte, den Hausgewerbtreibenden und die von diesen Beschäftigten zur Ortskrankenkasse anzumelden und für sie Beiträge an diese zu entrichten. Diesem Antrag gegenüber führte der Bundeskommissar aus: Ein über die Vorlage und den Antrag Nr. 301 hinausgehendes Entgegenkommen gegenüber den Wünschen, die Versicherung der Hausgewerbtreibenden nach Art und Durchführung allgemein oder für einzelne Zweige und Gegenden mehr den allgemeinen Vorschriften anzupassen, sei nicht wohl angängig. Zunächst könne man annehmen, daß die Versicherung der Hausgewerbtreibenden, soweit sie im Rahmen der allgemeinen Versicherung durchführbar sei, in der Hauptsache bereits gegenwärtig eingeführt sei, so daß über den Rahmen des Antrags Nr. 301 hinaus in vollem Umfange die Erwägungen maßgebend seien, welche zu der besonderen Regelung im Entwurf geführt. Diese besondere Regelung könne übrigens, *soweit Versicherung der Hausindustrietatsächlich erstdurch den Entwurf eingeführt werde*, nicht als Härte empfunden werden, so daß auch ein Bedürfnis für weitere Ausnahmen nicht anerkannt werden könne" (Kommissionsbericht II S. 439).

Die Vorschrift im § 488 RVO., wonach die oberste Verwaltungsbehörde genehmigen kann, daß statutarische Bestimmungen, die die Versicherung der Hausgewerbtreibenden regeln, bestehen bleiben können, stehen der hier vertretenen Auffassung nicht entgegen, weil es sich im § 488 ausschließlich um die Versicherung der Hausgewerbtreibenden selbst handelt, die vor dem Inkrafttreten der RVO. nur durch statutarische Bestimmung einer Gemeinde der Krankenversicherung unterworfen werden konnten, sie also keine Anwendung finden auf diejenigen Hilfskräfte von Hausgewerbtreibenden, die als deren Gehilfen bereits auf Grund der allgemeinen Vorschriften der Krankenversicherung unterworfen sind. Hiernach unterfallen Gehilfen und Hausgewerbtreibenden, die seither schon auf Grund des Krankenversicherungsgesetzes versichert waren, auch künftig den allgemeinen Vorschriften über die KV. Sie sind nach den allgemeinen Vorschriften von den Hausgewerbtreibenden zur Ortskrankenkasse anzumelden und Verletzungen der Meldepflicht sind nach den allgemeinen Vorschriften zu bestrafen. Als Hilfspersonal des Hausgewerbtreibenden, die den für diese erlassenen Vorschriften unterfallen, sind danach im wesentlichen die außerhalb der Betriebsstätte des Hausgewerbtreibenden Beschäftigung anzusehen.*)

Ueber die Frage, wie weit die Familienangehörigen des Hausgewerbtreibenden versicherungspflichtig sind, hat sich ein Kommissar des Bundesrats ohne Widerspruch zu finden, dahin geäußert, daß die Ehefrauen in vielen Fällen als Mitunternehmerinnen in Frage kommen, und daß sie dann ohne weiteres mit versicherungsberechtigt und versicherungspflichtig seien, daß aber im übrigen zur Erreichung des gewünschten Zieles die Familienversicherung Platz greifen und daß hierbei zunächst mit Vorsicht vorgegangen werden müsse, solange genaue Ermittlungen über die Leistungsfähigkeit der einzelnen Kassen für die Versicherung der Hausgewerbtreibenden noch nicht vorhanden sind (Stenogr. Ber. S. 6743).

*) *Anmerkung der Schriftleitung:* Zu vgl. gegen diese Ansicht *Hahn* hier S. 238. Für die Außenarbeiter eines Hausgewerbtreibenden, die nicht etwa „selbständige" Hausgewerbtreibende sind, galt nach dem bisherigen Recht nichts anderes als für die Gehilfen in seiner Werkstätte. Warum sollen also nur die letzteren und nicht die ersteren von der besonderen Regelung der RVO. ausgenommen sein? Und was bleibt dann für den Begriff der „hausgewerblich Beschäftigte" im Sinne des § 466 Abs. 2 übrig, wenn die Auffassung des Herrn Verfassers richtig sein sollte?

Digitized by Google

Ob diese Voraussetzungen vorliegen, ob die Ehefrau des Hausgewerbtreibenden als seine Mitunternehmerin anzusehen ist, läßt sich nur von Fall zu Fall feststellen. Hierbei wird, wie das Reichsversicherungsamt auf dem Gebiete der Invalidenversicherung ausgesprochen hat, nicht die privatrechtliche Natur des zwischen den Eheleuten bestehenden Güterrechtsverhältnisses von entscheidender Bedeutung sein. Es werden nicht so sehr die zivilrechtlichen Rechtsformen als vielmehr die wirtschaftlichen und tatsächlichen Gesichtspunkte in Betracht zu ziehen sein. So hat das Reichsversicherungsamt die Ehefrau des Unternehmers eines kleinen Landwirtschaftsbetriebs, in dem neben dem Mann auch die Frau durch Verrichtung angemessener Arbeiten für den Unterhalt der Familie mit tätig ist, als Mitunternehmerin angesehen (Amtl. Nachr. 1901 Ziff. 935 S. 632 und Ziff. 1285 S. 641). Es wird also auch die Ehefrau eines Hausgewerbtreibenden, wenn sie im Betrieb regelmäßig mit tätig ist und durch ihre Arbeit zum Familienunterhalt beiträgt, als Mitunternehmerin des Hausgewerbtreibenden und damit als versicherungspflichtig anzuerkennen sein. Ob sonstige Familienangehörige bei regelmäßiger Mitarbeit im Hausgewerbbetrieb versicherungspflichtig sind, wird von Fall zu Fall entschieden werden müssen. Der § 466 Abs. 2 RVO. fordert nicht die Mittätigkeit gegen Barlohn, wenn auch die ohne Widerspruch abgegebene Erklärung des Bundesratskommissars gegen die Absicht des Gesetzgebers spricht, Familienangehörige als Gehilfen dem Krankenversicherungszwang zu unterwerfen.

4. Vorübergehende hausgewerbliche Beschäftigung solcher Personen, die diese nicht berufsmäßig verrichten, bleibt unter den gleichen Voraussetzungen frei, wie dies durch die Bekanntmachung, betr. die Befreiung vorübergehender Dienstleistungen von der Versicherungspflicht vom 17. 11. 13. für die allgemeine Krankenversicherung geregelt ist (§ 466). Befreit sind danach diejenigen, die im Hausgewerbbetrieb vorübergehend tätig sind

a) zu gelegentlicher Aushilfe, wenn die Arbeit auf weniger als eine Woche nach der Natur der Sache beschränkt zu sein pflegt oder durch Vertrag im voraus beschränkt ist,

b) bei vorübergehender Arbeitslosigkeit auf höchstens drei Arbeitstage,

c) zwar in regelmäßiger Wiederkehr, aber nur nebenher und gegen ein geringfügiges Entgelt. Als geringfügig gilt ein Entgelt, wenn es für den Lebensunterhalt während des Zeitraums, innerhalb dessen die Beschäftigung in regelmäßiger Wiederkehr ausgeübt wird, nicht wesentlich ist,

d) Berufsarbeiter während eines regelmäßigen Arbeitsverhältnisses zu einem bestimmten Arbeitgeber.

Was die von Personen, die keine berufsmäßige Lohnarbeit verrichten, nebenher geleistete Lohnarbeit anlangt, so wird diese von der Invalidenversicherungspflicht nach Ziff. 1 b der Bekanntmachung vom 27. 12. 99 dann befreit wenn sie gegen ein geringfügiges Entgelt, welches für die Dauer der Beschäftigung zum Lebensunterhalt nicht ausreicht und zu den für diese Zeit zu zahlenden Versicherungsbeiträgen nicht in entsprechendem Verhältnis steht, verrichtet wurde. Es ist nicht anzunehmen, daß die Bekanntmachung vom 17. 11. 13 etwas hiervon inhaltlich verschiedenes bestimmen wollte, denn auch vorher hat die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts den Begriff des zum Lebensunterhalt Nicht-Ausreichens als dem Nicht-Wesentlichsein entsprechend ausgelegt und es hat deshalb als ein geringfügiges zum Lebensunterhalt nicht ausreichendes Entgelt in der Regel ein solches angesehen, welches hinter 1/3 des ortsüblichen Tagelohns noch zurückbleibt (Amtl. Nachr. 1891 Z. 4 S. 54). Ein die Versicherungspflicht begründendes Entgelt ist also nicht angenommen worden bei Beträgen, die zur Bestreitung des Lebensunterhalts zweifellos nicht genügen, wie denn die Unfähigkeit, ein Drittel des gewöhnlichen Lohnes zu erwerben, bereits den Anspruch auf Invalidenfürsorge begründet. Man wird also auch auf dem Gebiet der Krankenversicherung und bei den

Digitized by Google

Hausgewerbtreibenden ein Entgelt als die Versicherungspflicht begründend nicht ansehen können, wenn es annähernd ein Drittel des Ortslohnes nicht erreicht.

5. Leistungen. Die Festsetzungen der Leistungen hat das Gesetz im allgemeinen der Satzung vorbehalten (§ 480 RVO.); nur ist bestimmt, daß als Grundlohn der Ortslohn dient, (§ 480 Abs. 2) und daß, wenn der Hausgewerbtreibende mit seinen Beiträgen im Rückstand ist, das Sterbegeld nicht wie das Krankengeld gekürzt werden darf (§§ 483, 484). Wird eine andere Bestimmung durch die Satzung nicht getroffen, so verhält sich das Krankengeld zum gesetzlichen Krankengeld, wie der Betrag der im letzten Geschäftsjahr dem Hausgewerbtreibenden gut geschriebenen Zuschüsse zu dem aller Beiträge die der Hausgewerbtreibende für diese Zeit gezahlt hat, mit der Begrenzung jedoch, daß höhere als die satzungsmäßigen Leistungen nicht gewährt werden (§ 482 Abs. 2). Im übrigen ist der satzungsmäßigen Regelung weitgehende Freiheit gelassen, um Verschiedenheiten in den örtlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen in der weitgehendsten Weise berücksichtigen und die Versicherung für das Hausgewerbe so günstig als möglich gestalten zu können (Komm.Ber. II S. 436, Stenogr. Prot. S. 6741 A und 6742 D). Wo die Verhältnisse es gestatten, können durch die Satzung auch die allgemeinen Leistungen der Krankenkasse den Hausgewerbtreibenden zugebilligt werden; soweit das nicht der Fall, wird die Krankenhilfe der Hausgewerbtreibenden zumeist hinter der der Vollmitglieder der Krankenkasse zurückbleiben, schon deshalb, weil der Berechnung des Krankengeldes der Ortslohn zugrunde gelegt wird, während für die übrigen Mitglieder zumeist der wirkliche Arbeitsverdienst entscheidet, der für gelernte Arbeiter den Ortslohn meist überschreitet Freilich wird in den meisten Gegenden mit stark ausgeprägtem hausindustriellen Betrieb der Tagesverdienst des Hausgewerbtreibenden den Ortslohn kaum oder nur unwesentlich übersteigen, doch sind auch Ausnahmen von dieser Regel durchaus nicht selten, wie denn bei der Beratung des Gesetzes von einem Abgeordneten ausdrücklich darauf hingewiesen wurde, daß der Hausgewerbbetrieb im Wupperthal sich den Verhältnissen der Fabrikarbeiter soweit nähere, daß die allgemeinen Vorschriften ohne weiteres auf dieses Hausgewerbe Anwendung finden könnten. Auch bei der Fabrikation von Woll- und Fantasieartikeln, wie sie in erheblichem Maße in der Stadt Apolda betrieben wird, überschreitet der Verdienst der Wirkermeister in zahlreichen Fällen nicht unerheblich den Ortslohn. Während der Ortslohn nur 3,20 M. beträgt, kann der durchschnittliche Verdienst eines Wirkergehilfen mit etwa 24 M. pro Woche angesetzt werden, derjenige eines vollkräftigen und ausgebildeten Wirkermeisters wird sich im Regelfalle über diesen Betrag erheben. Diesen verhältnismäßig hohen Löhnen stehen allerdings auf anderen Gebieten und für andere Gruppen von Hausgewerbtreibenden recht kärgliche Verdienste gegenüber, auf die Rücksicht genommen werden mußte. Der Hausgewerbtreibende ist übrigens berechtigt, sich selbst und seinen hausgewerblich Beschäftigten die Regelleistungen der Krankenkasse für Hausgewerbtreibende ohne Rücksicht auf das Verhältnis, das zwischen seinen Beiträgen und den Zuschüssen des Arbeitgebers besteht, zu sichern, wenn er die Beiträge in doppeltem Betrag bei der Kasse einzahlt. (§ 485 Abs. 1). Die für ihn geleisteten Zuschüsse werden ihm in diesem Falle entweder auf seine Beiträge verrechnet oder bar ausgezahlt.

6. Die Mittel für die Versicherung werden aufgebracht, durch Zuschüsse der Auftraggeber und Beiträge der Hausgewerbtreibenden und der von ihnen Beschäftigten. Jeder Gewerbtreibende, der Hausgewerbtreibende beschäftigt, hat Zuschüsse zur Krankenversicherung der Hausgewerbtreibenden an die für seinen Betriebssitz zuständige Krankenkasse zu leisten. Die Zuschußpflicht erstreckt sich auf alle von ihm überhaupt Beschäftigten ohne Rücksicht darauf, ob diese etwa wegen geringfügigen Umfangs der Beschäftigung von der Versicherungspflicht befreit oder ob und bei

Digitized by Google

welcher Kasse sie versichert sind. (§ 470 Abs. 1 RVO. in Verbindung mit Ziff. 9 der Bekanntmachung vom 5. 12. 1913).*) Zum Zwecke der Berechnung der Zuschüsse hat der Auftraggeber in der ersten Woche jeden Monats, der Landkrankenkasse, oder wo eine solche nicht besteht der allgemeinen Ortskrankenkasse seines Betriebssitzes die von ihm im vergangenen Monat gezahlten Löhne mittels einer Liste, die Vor- und Zunamen der Hausgewerbtreibenden, Ort, Straße und Hausnummer ihrer Betriebsstätte und die sonstigen, den Hausgewerbtreibenden von anderen etwa gleichnamigen Hausgewerbtreibenden unterscheidenden Merkmale (Geburtstag und Jahrgang oder Nummer des Mitgliederverzeichnisses der Kasse) und das Entgelt der im vorhergehenden Monat fällig geworden ist, enthält (Ziff. 5 der Bekanntm. vom 5. 12. 13) nachzuweisen und die berechneten Zuschüsse gleichzeitig einzuzahlen. Bei Berechnung des Entgelts kann der Wert von Roh- und Hilfsstoffen, die der Hausgewerbtreibende zu beschaffen hat, außer Ansatz bleiben (§ 470 Abs. 2). Der Wert dieser Roh- und Hilfsstoffe wird auf Antrag des Hausgewerbtreibenden durch das für seinen Wohnsitz zuständige Versicherungsamt endgültig festgesetzt (§ 475 Absatz 1). Für Gewerbe, bei denen im Bezirk der Hausgewerbbetrieb üblich ist, setzt das VA. (Beschlußausschuß) den Durchschnitt der Roh- und Hilfsstoffe von selbst fest und prüft ihn von Zeit zu Zeit nach. Ist der Wert der Roh- und Hilfsstoffe so gering, daß er den Arbeitslohn nicht wesentlich beeinflußt, so wird der Auftraggeber im Interesse einer einfacheren Rechnung zweckmäßig auf den Abzug verzichten. Das gilt z. B. für den Aufwand an Zwirn und Nadeln in der Konfektionsindustrie, während auf anderem Gebiet, wie z. B. der Anfertigung von Glaswaren der sogenannte Anwand (Ausgaben für Glas, Oel, Benzin, Parafin usw.) u. U., einen erheblichen Teil des Gesamtwertes der gefertigten Gegenstände beträgt. Hier wird man zweckmäßig ein bestimmtes Wertverhältnis zwischen dem Preis für die fertigen Gegenstände und den Roh- und Hilfsstoffen zu ermitteln suchen, weil die Festsetzung im einzelnen mit Rücksicht auf die nach Art und Größe fortgesetzt wechselnden Muster zu unendlichen Schwierigkeiten und Streitigkeiten führen müßte.

Die Zuschüsse der Auftraggeber sollen einheitlich für alle Gewerbszweige und für das Gebiet des Reichs in der Weise berechnet werden, daß jährlich ihre Gesamtsumme die Hälfte der Gesamtlast deckt, die den Landkrankenkassen erwachsen würde, wenn sie die Regelleistungen nach dem Ortslohn als Grundlohn gewährten und ihnen alle hausgewerblichen Versicherungspflichtigen angehörten (§ 471). Bis zum 31. 12. 14 sind die Zuschüsse der Auftraggeber auf zwei vom Hundert des Entgelts bemessen, für die Folge sollen sie immer auf 4 Jahre festgesetzt werden. Nur die ersten 10 Jahre ist der Bundesrat an diese Zeitabschnitte nicht gebunden (§ 472).

Wer die Listen über beschäftigte Hausgewerbtreibende nicht einreicht, kann, falls er vorsätzlich handelt, mit Geldstrafe bis zu 300 Mark und falls er fahrlässig handelt, mit Geldstrafe bis zu 100 M. belegt werden (§ 530). Unabhängig von der Strafe, hat die Kasse die rückständigen Beiträge nachzuholen (§ 531), doch erstreckt sich die Berechtigung der Kasse, dem Bestraften die Zahlung des 1—5 fachen der rückständigen Beiträge aufzuerlegen, auf die Zuschüsse der Auftraggeber nicht, weil die Leistungspflicht der Krankenkasse erst mit dem Eintrag in das Verzeichnis

*) Anmerkung der Schriftleitung: Die halten wir für einen (wie es scheint weit verbreiteten) Irrtum. Allerdings sagt die erwähnte Bekanntmachung (hier S. 11 ff.) unter Ziff. I 9, es komme nicht darauf an, ob der einzelne Hausgewerbtreibende einer Kasse angehört, insbesondere ob er seiner Meldepflicht genügt hat usw. Das hängt damit zusammen, daß der versicherungspflichtige Hausgewerbtreibende nicht, wie andere Versicherungspflichtige, kraft Gesetzes, sondern erst durch Eintragung Mitglied einer Kasse wird (§ 468 mit § 442). Darauf soll es nicht ankommen, wenn in jener Ziff. I 9 bestimmt ist, daß der Auftraggeber für „alle" von ihm beschäftigten Hausgewerbtreibenden die Zuschüsse einzuzahlen hat. Aber versicherungspflichtig müssen sie selbstverständlich sein. Dem Bundesrat würde schlechthin die Ermächtigung fehlen, den Auftraggebern Lasten aufzuerlegen für Personen, die gar nicht der Versicherung unterliegen. Es ist aber auch nicht anzunehmen, daß der Bundesrat so etwas gewollt habe!

Digitized by Google

beginnt. (Begr. S. 254.) Strafbar ist auch ein Auftraggeber, der seinen Zuschuß dem Hausgewerbtreibenden am Lohn kürzt, wie es tatsächlich bereits vorgekommen sein soll, und zwar bis 300 M., wenn nicht eine härtere Strafe nach anderen gesetzlichen Vorschriften verwirkt ist (§ 532 Abs. 1).

Die zuschußpflichtigen Auftraggeber werden sich in der Hauptsache schon auf Grund der eigenen Anmeldungen der Hausgewerbtreibenden ermitteln lassen. Die Ueberwachung wird den Krankenkassen durch die Vorschriften des Hausarbeitsgesetzes vom 20. 12. 11 (RGBl. S. 976) erleichtert, da dieses Gesetz die Auftraggeber verpflichtet, Verzeichnisse der von ihnen beschäftigten Hausgewerbtreibenden zu führen und auf Verlangen der Ortspolizeibehörde sowie dem Gewerbeaufsichtsbeamten vorzulegen oder einzureichen (§ 13).

Die Zuschüsse der Auftraggeber sollen, wie erwähnt, so bemessen werden, daß sie die Hälfte der durch die Versicherung der Hausgewerbtreibenden erwachsenden Gesamtlast decken. Da diese Feststellung für alle Gewerbezweige und für das ganze Reichsgebiet erfolgen muß, ist auch die durch die Krankenversicherung der Hausgewerbtreibenden verursachte Belastung für das Reichsgebiet einheitlich zu ermitteln. Demgemäß sind Einnahmen und Ausgaben, die sich aus der Versicherung der Hausgewerbtreibenden ergeben, gesondert zu verrechnen (§ 181 Abs. 4 RVO.) und in den der Aufsichtsbehörde einzureichenden Uebersichten und Rechnungsabschlüssen gesondert aufzuführen. Diese Trennung der Einnahmen und Ausgaben, je nachdem es sich um regelmäßige Versicherte, Hausgewerbtreibende und unständig Beschäftigte handelt, bedeutet eine Vervielfältigung des Rechnungswerks und erschwert die Uebersichtlichkeit der Kassenführung, zugleich aber, namentlich den nicht rechnerisch vorgebildeten Vorständen der Krankenkasse die ordnungsmäßige Ueberwachung. Die Zuschüsse der Arbeitgeber sind ohne Rücksicht auf den Wohnort der Hausgewerbtreibenden bei der für den Betriebssitz des Auftraggebers zuständigen Landkrankenkasse oder Ortskrankenkasse einzuzahlen (§ 477, Bekanntm. vom 5. 12. 13 Z. 9), der die Verteilung an die für den Betriebssitz der Hausgewerbtreibenden zuständigen Kassen obliegt, soweit ihr die Hausgewerbtreibenden nicht angehören (§ 476, Bekanntm. vom 5. 12. 13 Z. 6 und 11).

Die Zuschüsse sollen am Schlusse jedes Kalendervierteljahres abgeführt oder verrechnet werden. Die Kassen können andere Zeiträume vereinbaren (Bekanntm. vom 5. 12. 13 Z. 11). Der Auftraggeber kann eine Bescheinigung über von ihm gezahlte Zuschüsse nur in der Form verlangen, daß er ein drittes Stück der Liste vorlegt und sich auf dieser die Zahlung bescheinigen läßt (Bekanntm. vom 5. 12. 13 Z. 9 Abs. 2). Wenn der Auftraggeber mit den Hausgewerbtreibenden nicht direkt, sondern durch Vermittlung von Zwischenpersonen (Faktoren, Ausgebern, Zwischenmeistern), verkehrt, so tritt bezüglich der Pflicht des Auftraggebers die Zwischenperson an dessen Stelle. Es liegt also dieser die Pflicht zur Einreichung der Liste und zur Einzahlung der Zuschüsse ob. Beteiligt sie sich selbst an der Arbeit, so hat sie sich auch selbst in die Listen als Hausgewerbtreibender aufzunehmen und die auf das Entgelt für Arbeitsleistungen, nicht für die Ausgebertätigkeit zu leistenden Zuschüsse mit zu verrechnen und bei der Kasse einzuzahlen. Der Auftraggeber hat der Zwischenperson die ausgelegten Zuschüsse zu erstatten (§ 491 RVO.). Er haftet neben der Zwischenperson der Kasse gegenüber für die Zuschüsse und hat der Kasse unverzüglich mitzuteilen, daß die Pflichten des Auftraggebers durch eine Zwischenperson erfüllt werden, deren Namen und Stand und Wohnort anzugeben ist (Bekanntm. vom 5. 12. 13 Z. 10).

Handelt es sich um einen Streit zwischen einem Arbeitgeber oder einem Versicherten, oder bisher Versicherten oder einem zu Versichernden auf der einen und einer Kasse auf der anderen Seite, über das Versicherungsverhältnis oder über die Verpflichtung, Beiträge zu leisten, einzuzahlen oder zurückzuzahlen, so entscheidet das Versicherungsamt (Beschlußausschuß) und auf Beschwerde endgültig das

Digitized by Google

Oberversicherungsamt. Endgültige Entscheidungen sind für alle Behörden und Gerichte bindend. Ist die Mitgliedschaft eines Versicherten für alle beteiligten Kassen endgültig und aus dem Grunde abgelehnt, daß er einer anderen von ihnen anzugehören hat, so bestimmt auf Antrag das diesen Kassen gemeinsame Versicherungsamt oder Oberversicherungsamt oder wo ein solches fehlt, die oberste Verwaltungsbehörde, die zuständige Kasse (§ 479 in Verbindung mit § 405). Will das Oberversicherungsamt von einer grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversicherungsamts abweichen, so gilt die Regel des § 1693 wonach es die Sache unter Begründung seiner Rechtsauffassung an das Reichsversicherungsamt abzugeben hat (Begr. S. 226 zu § 435 des Entw.).

Neben dem Zuschuß des Auftraggebers hat der Hausgewerbtreibende selbst einen Anteil an den Versicherungskosten zu tragen und an die Kasse einzuzahlen die Beiträge sind so zu bemessen, daß sie zusammen mit den Zuschüssen der Auftraggeber die Lasten decken, die der Kasse durch die Versicherung ihrer hausgewerblichen Mitglieder erwachsen (§ 481 Abs. 1). Sie sind durch die Satzungen der Krankenkassen festzusetzen (§ 480 Abs. 1). Soweit die Beiträge des Hausgewerbtreibenden auf seine eigene Versicherung entfallen, hat er sie selbst zu tragen. Soweit es sich um Beiträge handelt, die der Hausgewerbtreibende für seine hausgewerblich Beschäftigten zu leisten hat, gelten die allgemeinen Vorschriften. Er ist also berechtigt, denselben Anteil wie für andere Versicherungspflichtige durch Abzug am Lohn zu kürzen (§ 481 Abs. 3). Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, daß die Hilfspersonen der Hausgewerbtreibenden nicht wie die anderen Arbeitnehmer volle zwei Drittel (nach dem Entwurf die Hälfte) der Kosten ihrer Versicherung aufzubringen haben, denn ein wesentlicher Teil dieses Kostenanteils — grundsätzlich die Hälfte — wird durch die Zuschüsse der Auftraggeber vorweg gedeckt (Begr. S. 101). Die zwei Drittel der Beiträge, die der Hausgewerbtreibende seinen Gehilfen in Rechnung stellen darf, sind also nicht nach der Gesamtsumme der Kassenbeiträge, sondern nur nach dem nach Abzug des Auftraggeberzuschusses von den Hausgewerbtreibenden selbst zu tragenden Teil zu berechnen. Durch Statut kann der Gemeindeverband die hausgewerblich Versicherungspflichtigen von der Beitragspflicht befreien und selbst die Kosten übernehmen, soweit sie die Zuschüsse der Auftraggeber nicht decken. Dabei kann bestimmt werden, daß die Kasse diesen Versicherungspflichtigen nur Krankenpflege und ein Sterbegeld von höchstens 30 M. gewährt. Für das Statut ist die Zustimmung des Oberversicherungsamts, für die Bestimmung wegen Einschränkung der Kassenleistungen die Genehmigung der obersten Verwaltungsbehörde erforderlich (§ 489). Die Bestimmung hat den Zweck, die Krankenpflege der Hausgewerbtreibenden auch für den Fall sicher zu stellen, daß sie zur Leistung von Beiträgen unfähig sind. Eine Umlegung der von der Gemeinde übernommenen Beiträge auf etwa beteiligte Auftraggeber usw. ist nicht zulässig. Der Gemeindeverband der die Beitragsleistung übernommen hat, hat diese selbst zu tragen (Begr. zu § 516 des Entw. S. 244). Auf Streitigkeiten zwischen den Hausgewerbtreibenden und den von ihnen Beschäftigten und der Krankenkasse findet das oben Gesagte Anwendung. — —

Die Vorschriften über die Versicherung der Hausgewerbtreibenden sind, wie das vorstehende zeigt, nicht eben leicht zu übersehen. Ihre Durchführung wird allen Beteiligten, nicht zum wenigsten den dazu berufenen Krankenkassen noch viele Arbeit verursachen. Da zweifellos die Absicht besteht, vorhandene Einrichtungen möglichst zu schonen und örtlichen Verhältnissen, soweit irgend angängig Rechnung zu tragen, wird den Krankenkassen zunächst freie Hand gelassen werden müssen. Wieweit sich die erlassenen Vorschriften als durchführbar erweisen, wird sich erst übersehen lassen, wenn die Versicherung längere Zeit bestanden hat.

Digitized by Google

Das Einspruchsverfahren der Unfallversicherung.

Von Magistratsassessor Dr. **Kurtzig**, stellv. Vorsitzenden des Versicherungsamts zu **Berlin**.

(Schluß.)

Die für die Praxis wichtigste Frage ist die dritte: Kann § 1595 RVO. überhaupt Anwendung finden, wenn ein behandelnder Arzt nicht vorhanden war, also auch nicht gehört werden konnte? Bei größeren Versicherungsämtern entsteht dieser Zweifel fast täglich; nahezu in allen Fällen, in denen der Unfall schon längere Zeit zurückliegt und es sich um Herabsetzung der Rente wegen Besserung oder Gewöhnung handelt, findet eine Behandlung — sei es durch einen selbstgewählten oder durch einen von dem Versicherungsträger bestimmten — Arzt nicht mehr statt und sie ist auch in fast allen diesen Fällen gar nicht mehr erforderlich. M. E. ist die Frage zu bejahen. Es ist zunächst auf die Konsequenzen hinzuweisen, zu denen die Verneinung führen muß. Nach der entgegenstehenden Ansicht würde nämlich § 1595 RVO. zur Anwendung gelangen können, wenn der Verletzte auch nur zufällig und vielleicht wegen einer anderen mit dem Unfall nicht im Zusammenhang stehenden Krankheit in Behandlung stünde, es würden somit manche Berechtigte ohne jeden inneren Grund vor den übrigen Berechtigten bevorzugt sein. Aus den Materialien des Gesetzes ist bestimmtes nicht zu entnehmen, weder bei der Kommissions- noch bei der Plenarberatung ist die Frage zur Erörterung gelangt[1]). Da sich somit der Nachweis, der Gesetzgeber habe etwas anderes gewollt als er zum Ausdruck gebracht habe, nicht führen läßt, so muß der Wortlaut des Gesetzes allein entscheidend sein, der die fragliche Unterscheidung nicht rechtfertigt. Hätte der Gesetzgeber eine Einschränkung des § 1595 auf den Fall, daß ein vom Versicherten gewählter Arzt vorhanden ist, beabsichtigt, so konnte er es ausdrücken, es ist unwahrscheinlich, daß er dies nur versehentlich unterlassen haben sollte[2]). Schließlich ist auch noch auf Folgendes hinzuweisen: § 1595 ist aus einem Antrag der Zentrumsfraktion hervorgegangen, der von der Reichstagsmehrheit angenommen wurde — den linksstehenden Parteien gingen die Bestimmungen über die Anhörung von Aerzten nicht weit genug — und aus den Darlegungen der Redner jener Partei ist jedenfalls soviel zu entnehmen, daß sie eine allzu weitgehende Einschränkung der Rechte des Versicherungsamts nicht beabsichtigen. Wäre aber die entgegenstehende Ansicht zutreffend, so wäre dem Versicherungsamt in der Mehrheit der zu seiner Kenntnis kommenden Fälle die Anhörung eines Arztes von vornherein nicht gestattet. Eine sich ausdrücklich mit dieser Frage beschäftigende Entscheidung des Reichsversicherungsamt ist m. W. noch nicht ergangen, aus dem — in dieser Zeitschrift nicht mitabgedruckten — Sachverhalt, welcher dem bereits mehrfach erwähnten Beschluß vom 4. Juli d. Jahres zugrunde lag, scheint jedoch entnommen werden zu können, daß auch in jenem Falle eine Behandlung durch einen selbstgewählten Arzt nicht stattfand, daß trotzdem aber das Reichsversicherungsamt kein Bedenken trug, die Zulässigkeit der Anwendung des § 1595 RVO. zu bejahen[3]).

Während die vorstehend erörterten Fragen im wesentlichen rechtlicher Natur sind, und in der Regel auch unter Anführung von Rechtsgründen erörtert worden sind, ist es hinsichtlich der dritten Voraussetzung der Anwendbarkeit des § 1595 RVO. — das Gutachten des bisher noch nicht gehörten Arztes müsse nach Ansicht des Versicherungsamts für die Ent-

[1]) Vgl. die Beratungen der Kommission zu § 1564 ff. und die Plenarverhandl. vom 22. 5. 1911 (Sten. Ber. Bd. 267 S. 6986 ff.).

[2]) In der Tat hat nach mir gewordenen Mitteilungen ein derartiges Versehen keineswegs stattgefunden.

[3]) Zu demselben Ergebnis mit im allgemeinen gleicher Bedeutung gelangt Heidecker Jahrg. 1914 S. 109 ff. dieser Zeitschrift.

Digitized by Google

scheidung von Bedeutung sein können — zu ziemlich erregten Auseinandersetzungen gekommen; einige Versicherungsträger haben scharfe Vorwürfe gegen die Versicherungsämter ausgesprochen und selbst Beschwerden im Aufsichtswege versucht, sobald sie der Meinung waren, daß das Versicherungsamt nicht mit Recht der Ansicht hätte sein dürfen, das von ihm eingeholte — von dem Versicherungsträger zu bezahlende — Gutachten könne für die Entscheidung von Bedeutung sein.

Meines Erachtens geben freilich die hier zu erörternden Punkte zu Zweifeln nirgends begründeten Anlaß. Hervorzuheben ist zunächst, daß das Versicherungsamt, wenn es die Anhörung eines Arztes gem. § 1595 RVO. verfügt, Vorschlägen der Berufsgenossenschaften hinsichtlich der Person dieses Arztes nicht zu folgen braucht (so auch der Beschluß des RVA. vom 4. 7. 1913). Dasselbe gilt von entsprechenden Anträgen des Versicherten, wie auch bei der Beratung der RVO. hervorgehoben wurde. Das Versicherungsamt hat insoweit nach freiem Ermessen — selbstverständlich unter pflichtgemäßer Berücksichtigung aller in Betracht kommenden Gesichtspunkte — zu entscheiden. Zu diesen Gesichtspunkten gehört auch die Vermeidung überflüssiger Kosten. Es muß jedoch hervorgehoben werden, daß ein allgemeines Verbot, auch Aerzte, welche höhere Beträge für ihre Gutachten liquidieren, also insbesondere Autoritäten, zu hören, nicht besteht. Wenn gelegentlich die Ansicht vertreten wird, ein derartiges Verbot ergäbe sich daraus, daß nach § 1598 RVO. durch die von dem Versicherungsamt anzustellenden Ermittlungen keine erheblichen Kosten entstehen dürften, so ist diese Begründung verfehlt. Jene in § 1598 RVO. enthaltene Vorschrift bezieht sich nur auf die in Anwendung dieser Gesetzesbestimmung angestellten Ermittlungen (wie Vernehmung von Zeugen u. dergl.), nicht aber auf die Anhörung von Aerzten gem. § 1595 RVO. Sonderbarerweise wird dieser Umstand selbst von Versicherungsträgern nicht berücksichtigt, welche in der streitigen, noch zu erörternden Frage, ob die Anhörung von Aerzten gem. § 1598 RVO. angeordnet werden dürfe, stets die verneinende Ansicht vertreten.

In gleicher Weise unterliegt es lediglich der nach freier Ueberzeugung vorzunehmenden Prüfung des Versicherungsamts, ob die Einholung eines weiteren Gutachtens für die Entscheidung von Bedeutung sein kann. Auch hier braucht nicht besonders hervorgehoben zu werden, daß sich der die Begutachtung veranlassende Vorsitzende über die für seine Entschließung maßgebenden Erwägungen durchaus im klaren sein muß, da dies selbstverständliche Amtspflicht ist, ist dies aber der Fall, so genügt es auch. Einer Nachprüfung mit der Wirkung, daß die Erstattung der entstandenen Gebühren verweigert werden könne, unterliegt die auf pflichtmäßigem Ermessen beruhende Ueberzeugung des Vorsitzenden grundsätzlich nicht. Eine Ausnahme würde nur dann gelten, wenn sich der Vorsitzende eines Mißbrauches des freien Ermessens schuldig gemacht hätte, d. h. wenn er insbesondere aus außerhalb der Sache liegenden Gründen seiner eigenen Ansicht nach überflüssige Gutachten erfordert hätte. Daß derartiges bei deutschen Beamten vorkommen wird, ist aber nicht anzunehmen, zumal auch die Einholung von Gutachten dem Versicherungsamt stets Mehrarbeit verursacht. Wollte man eine Nachprüfung mit der oben bezeichneten Wirkung zulassen, die freilich ein vollständiges novum im deutschen öffentlichen Recht wäre[1]), so würde, da nie mit absoluter Bestimmtheit vorauszusagen ist, ob bei der Beurteilung eines Falles die übergeordnete Instanz eine andere Stellung einnimmt, für die Versicherungsämter, sofern sie besorgen müßten, daß bei einer lediglich abweichenden Ansicht der Oberinstanz die Kosten für die Gutachten ihnen zur Last fallen würden, ein Zustand unerträglicher Unsicherheit entstehen, der schließlich dazu führen würde, daß Gutachten

[1]) Die Rechtslage wäre keine andere, als wenn in Fällen, in denen Landgericht oder Bezirksausschuß eine nach Ansicht der Oberinstanz vermeidbare Begutachtung veranlaßt hätten, die hierdurch entstandenen Kosten dem Fiskus des betreffenden Bundesstaates zur Last fallen sollten. In Deutschland geltendes Recht ist dies nicht.

Digitized by Google

kaum noch erfordert würden. Dies ist aber nicht der Wille des Gesetzes. — Ist das Versicherungsamt zu der Ansicht gelangt, daß ein weiteres ärztliches Gutachten für die Entscheidung von Bedeutung sein könne, so „hat" es dem Antrage des Berechtigten zu entsprechen, sofern die anderen Voraussetzungen der Anwendung jener Gesetzesbestimmung gegeben sind, es handelt sich also um eine Vorschrift zwingenden Rechts, nicht nur um eine dem Versicherungsamt lediglich gewährte Befugnis, die es nach Ermessen ausüben kann oder nicht. — Die Möglichkeit, daß ein weiteres Gutachten für die Entscheidung erheblich werden kann, besteht nun freilich fast stets, man wird aber m. E. eine zweifellos nur entfernt liegende Möglichkeit nicht als hinreichend ansehen können und man wird auch wohl des ferneren, wenn der von der Berufsgenossenschaft gehörte Arzt dem Versicherungsamt als erfahren und in jeder Hinsicht zuverlässig bekannt ist (die Versicherungsämter werden insoweit bald wissen, gegenüber welchen der für sie in Betracht kommenden Aerzte besonders häufig Klagen laut werden oder die Oberinstanzen anderen Gutachten folgen), dies als ein für die Annahme sprechendes Argument betrachten dürfen, daß daß ev. zu erfordernde Gutachten für die Entscheidung kaum Bedeutung erlangen werde. Weiter zu gehen, ist aber nicht zulässig. Wenn Lohmar hier 1913 S. 704 bemerkt:

„Was die zweite Voraussetzung (Erheblichkeit des Gutachtens) angeht, so wird sie von dem Vorsitzenden des Versicherungsamts schwerlich mit Recht angenommen werden können, wenn ein einwandfreies ärztliches Gutachten bereits vorliegt",

so stimme ich dem, wie aus dem vorstehenden ersichtlich, im Prinzip zu; die Frage wird nur eben die sein, wann ein vorliegendes Gutachten als „einwandfrei" anzusehen ist. Die Berufsgenossenschaften werden diese Frage für die von ihnen eingeholten Gutachten kaum je verneinen, während die Berechtigten keineswegs selten Argumente anzuführen vermögen, welche mindestens zunächst Bedenken gegen die Darlegungen der Genossenschaftsärzte erwecken müssen. Es kommen nun einmal auch bei Unfallbegutachtungen durch Vertrauensärzte der Versicherungsträger Mißgriffe vor, und es ist demgemäß nicht angängig, zu sagen, das Versicherungsamt habe grundsätzlich keinen Anlaß mehr, einen Arzt zu befragen, wenn bereits irgendein Gutachten eines genossenschaftlichen Vertrauensarztes vorliegt, (hätte der Gesetzgeber eine derartige Ansicht gehabt, so wäre der Zweck der Aufnahme der in § 1595 RVO. enthaltenen Bestimmung in das Gesetz nicht zu erkennen), es muß vielmehr nach Lage des einzelnen Falles unter Berücksichtigung der oben angegebenen Gesichtspunkte entschieden werden. Es ist übrigens auch nicht außer Acht zu lassen, daß, wie schon jetzt erkennbar, vielfach durch derartige Gutachten Nutzen geschaffen wird; entweder richten sich bereits die Berufsgenossenschaften nach diesen Gutachten oder es geschieht seitens der Oberversicherungsämter, des ferneren werden aber auch viele Versicherte von der Einlegung aussichtsloser Berufungen abgehalten. Insbesondere letzteres berücksichtigen die Versicherungsträger, die ja freilich bei den Verhandlungen vor den Versicherungsämtern in der Regel nicht vertreten sind, meist nicht, obschon ihnen doch durch jede auch erfolglos bleibende Berufung eines Versicherten Kosten entstehen, welche in der Regel nicht hinter denen zurückbleiben, welche ihnen ev. das Versicherungsamt für das von ihnen erforderte Gutachten in Rechnung stellt.

Die Kosten der gemäß § 1595 RVO. veranlaßten Untersuchungen haben die Versicherungsträger den Versicherungsämtern zufolge § 59 RVO. zu erstatten. Dies gilt auch für Röntgenaufnahmen, welche zur sachgemäßen Begutachtung angefertigt werden mußten. Unerheblich ist es für die Erstattungspflicht der Versicherungsträger, ob sie sich nach den von den Versicherungsämtern eingeholten Gutachten richten oder nicht, maßgebend ist nicht, ob das eingeforderte Gutachten für die Entscheidung tatsächlich von Bedeutung wird, sondern ob es, als die Einforderung verfügt wurde, nach Ansicht des Versicherungsamts für die Entscheidung von Bedeutung werden konnte. Dies ist auch die Ansicht des Reichsversicherungsamts. (Beschluß vom 4. 7. 13).

Digitized by Google

Zweifelsfragen von geringerer Bedeutung haben sich bei Anwendung des § 1596 RVO. ergeben. Den Rentenbewerbern wird, wenn sie im Vernehmungstermin hierum bitten, eine angemessene Frist zur Zahlung eines Vorschusses zu gewähren sein. Es empfiehlt sich, ihnen anheimzustellen, sie möchten die Auswahl des auf ihre Kosten zu hörenden Arztes dem Versicherungsamt überlassen; es liegt dies insofern in ihrem Interesse, als sie selbst erfahrungsgemäß in der Regel Aerzte benennen, welche nicht die erforderlichen Kenntnisse auf dem Gebiet der Unfallheilkunde besitzen oder die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts nicht hinreichend beherrschen, deren Gutachten somit nicht die erforderliche Autorität beanspruchen können. In der Mehrheit der Fälle zeigen sich übrigens die Rentenbewerber für einen derartigen Hinweis durchaus dankbar.

Noch nicht entschieden ist, wer die Mehrkosten zu tragen hat, wenn der eingezahlte Vorschuß zur Begleichung der Forderung des Gutachters nicht hinreicht. Die Frage wurde auch bei Beratung der RVO. erörtert, der Regierungsvertreter gab jedoch lediglich als seine Ansicht kund, daß sich der Gutachter an das Versicherungsamt halten könne, da dieses das Gutachten erfordert habe. (Kom.-B. VI 102). Dies ist richtig, konnte freilich auch mit Rücksicht auf die Bestimmungen des Zivilrechts, die für das Verhältnis zwischen Versicherungsamt und Gutachter gelten, schwerlich zweifelhaft sein. Fraglich ist hingegen, ob das Versicherungsamt von dem Rentenbewerber Nachzahlung verlangen kann und ob eventuell der Versicherungsträger für die Mehrkosten einzustehen hat.

Die erste Frage ist m. E. zu bejahen. Wenn sich auch die Beziehungen zwischen Versicherungsamt und Rentenbewerber im allgemeinen nicht nach bürgerlichem Recht regeln, so wird doch anzunehmen sein, daß durch die Zahlung eines Vorschusses eine zivilrechtliche Verpflichtung begründet wird, den gegebenenfalls zur vollständigen Begleichung der Arztliquidation noch fehlenden Betrag nachzuzahlen. Sicher wird dies gelten, wenn der Versicherte auf diese eventuelle Verpflichtung hingewiesen worden ist. Weigert er sich, die Nachzahlung zu leisten, so bleibt freilich nichts anderes übrig, als den Rechtsweg zu beschreiten. Darüber, was zu geschehen hat, wenn die Vollstreckung fruchtlos bleibt oder eine Klage von vornherein keinen Erfolg verspricht, fehlt eine Bestimmung im Gesetz; m. E. muß dann zufolge der allgemeinen in § 59 Abs. 2 RVO. enthaltenen Bestimmung der Versicherungsträger eintreten, da es sich auch insoweit um Barauslagen des Verfahrens handelt[1]). Es ist aber ohne weiteres zuzugeben, daß dies keineswegs zweifellos ist. Es wird sich demgemäß empfehlen, daß die Versicherungsämter, wenn ihnen nicht die zu erwartenden Kosten der Gutachten bekannt sind, (bei den von ihnen regelmäßig gehörten Aerzten wird dies zumeist der Fall sein), sich mit dem Arzt vor der Erteilung des Auftrags in Verbindung setzen oder ihn bei Uebersendung der Akten um unerledigte Rückgabe derselben ersuchen, falls das Gutachten für den eingezahlten, ihm gleichzeitig mitzuteilenden Betrag nicht erstattet werden kann.

Was endlich die Ermittelungen gemäß § 1598 RVO. anlangt, so enthalten die Kommentare die erforderlichen Darlegungen über den Umfang der vorzunehmenden Ermittelungen, welche nach der Vorschrift des Gesetzes nicht unerhebliche Kosten verursachen dürfen. Durch die Vernehmung von Zeugen werden — von Ausnahmefällen abgesehen — solche nie entstehen, und die Anfrage bei Arbeitgebern über die Verdiensthöhe usw. des Versicherten kostet außer Schreib- und Portogebühren in der Regel nichts. Hinzuweisen ist nur auf folgendes: das Versicherungsamt ist nicht verpflichtet, sich zur Sache zu äußern. Hat es aber Ermittelungen gemäß § 1598 RVO. angestellt, so muß es eine derartige Aeußerung abgeben, andernfalls ist der Versicherungsträger zur Erstattung der durch die Ermittelungen gemäß § 1598 (nicht auch gemäß § 1595) RVO. entstandenen Kosten nicht verpflichtet. Des ferneren kann aus § 1598 nie-

[1]) Zu dem gleichen Ergebnis mit eingehender Begründung gelangt Heidecker hier 1914, S. 110.

Digitized by Google

mals die Berechtigung zur Einholung eines ärztlichen Gutachtens hergeleitet werden. Die Frage war bislang streitig[2]), man wird dem Reichsversicherungsamt aber beitreten müssen, wenn es sie in dem bereits oben erwähnten Beschluß vom 30. X. 1913 verneint hat, denn es kann in der Tat nicht angenommen werden, daß der Gesetzgeber in den §§ 1595, 1596 im einzelnen bestimmt haben sollte, in welchen Fällen das Versicherungsamt ärztliche Gutachten erfordern dürfe und daß er dann in § 1598 mittels einer Generalklausel die Einforderung solcher Gutachten fast unbeschränkt zugelassen haben sollte.

Gemäß § 1599 RVO. sind die Einspruchsverhandlungen nach ihrem Abschluß an den Versicherungsträger zu übersenden. Dieser ist nicht berechtigt, ihre Annahme ganz oder teilweise abzulehnen, also insbesondere auch nicht Teile der Verhandlungen, z. B. ärztliche Gutachten, weil er sie angeblich nicht zu bezahlen brauche, auszuheften und zurückzusenden. So unzweifelhaft dies auch erscheint, so ist es dennoch bereits notwendig geworden, daß dies das Reichsversicherungsamt auf die Beschwerde eines Versicherungsamts einer Berufsgenossenschaft eröffnet hat (Verfügung v. 29. VII. 1913, m. W. nicht veröffentlicht). Die Entfernung von Teilen der Einspruchsverhandlungen aus den Akten würde übrigens auch wohl als Vergehen gegen § 133 des Strafgesetzbuches anzusehen sein.

Die besonderen Bestimmungen für den Einspruch bei Aenderung von Dauerrenten haben m. W. bislang zu erheblicheren Zweifeln keinen Anlaß gegeben. Hervorgehoben mag nur werden, daß bei Aenderung derartiger Renten stets mündliche Verhandlung stattzufinden hat, auch wenn der Berechtigte in dem für seine Vernehmung bestimmten Termine nicht erschienen ist, die Vorschrift des § 1593 Abs. 2 RVO. gilt für diesen Fall nicht.

[2]) Dafür anscheinend Lohmar, hier 1913, S. 724, dagegen z. B. Stier-Somlo, Kommentar zur RVO., § 1598 Anm. 3.

Zum Schluß sei noch eine Bemerkung allgemeineren Inhalts gestattet. Es ist nicht unzutreffend, wenn Lohmar ausspricht, daß das Einspruchsverfahren viel Zeit, Kraft und Geld koste, ohne doch entsprechendes leisten zu können und daß es auch das Versicherungsamt nicht befriedige, da dieses (freilich infolge des Widerstandes der Berufsgenossenschaften) keine Entscheidungsgewalt erlangt hätte. Sei dem aber, wie auch immer, es muß versucht werden, mit den nun einmal bestehenden Bestimmungen soviel Gutes zu schaffen wie möglich. Daß die Versicherungsämter, für welche es sich ja um eine neue Materie handelte, zunächst bisweilen fehlgegriffen haben, mag sein, doch auch das Vorgehen mancher Berufsgenossenschaften kann nicht ohne Bedauern beobachtet werden. Wenn man wahrnimmt, daß einige Berufsgenossenschaften grundsätzlich den Versicherungsämtern die Berechtigung zur Einholung von Gutachten zu bestreiten versuchen und selbst in denjenigen Fällen die Erstattung der Kosten verweigern, in denen das von dem Versicherungsamt eingeholte Gutachten für den Endbescheid oder die Entscheidung des Oberversicherungsamts von entscheidender Bedeutung gegenüber dem Gutachten des Vertrauensarztes und dem daraufhin erlassenen Bescheid geworden ist, oder wenn sich zeigt, daß andere Berufsgenossenschaften die von dem Versicherungsamt eingeholten Gutachten und dessen eigene gutachtliche Aeußerung zwar dann in ihrem Endbescheid verwerten, falls sie ihnen günstig sind, sie andernfalls aber unberücksichtigt und unerwähnt lassen, so daß die Versicherten in der Regel nicht einmal von der abweichenden Stellungnahme des Versicherungsamts Kenntnis erhalten, so wird dies keinesfalls gebilligt werden können. Es kann aber wohl die Hoffnung ausgesprochen werden, daß nach Ueberwindung der bei der Einführung fast jedes neuen Gesetzes in die Erscheinung tretenden Schwierigkeiten Mißgriffe auf beiden Seiten tunlichst aufhören werden.

Digitized by Google

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Ungerechtfertigter Ausschluß aus einer Hilfskasse beseitigt nicht die nach § 75 KVG. eingetretene Befreiung.

Entscheidung des Versicherungsamts Darmstadt (Spruchausschuß) v. 25. Februar 1914.

Der Handlungsgehilfe W. hat Anfang Februar 1913 bei der klagenden Landesversicherungsanstalt die Einleitung des Heilverfahrens beantragt und ein Zeugnis des Arztes Dr. F vom 26. Januar vorgelegt, nach dem er seit 6 Wochen an Husten und Schmerzen im Rücken und in der rechten Seite litt. Dem Antrag wurde stattgegeben. W. wurde auf Kosten der Klägerin vom 28. Februar bis 22. Mai 1913 in einer Heilanstalt in Sandbach untergebracht. Bereits im September 1912 hatte W., der damals Mitglied der beklagten Ortskrankenkasse war, seine Aufnahme in eine Hilfskasse im Sinne des § 75 KVG. beantragt. Mit Wirkung vom 25. Dezember 1912 war seine Aufnahme in diese Kasse und mit dem 31. Dezember 1912 sein Ausscheiden aus der beklagten Ortskrankenkasse erfolgt. Die Landesversicherungsanstalt hat demgemäß zunächst gegenüber der Hilfskasse ihre Ersatzansprüche auf Grund des § 1518 RVO. geltend gemacht. Diese Kasse hat eine Ersatzleistung indessen mit der Begründung abgelehnt, daß aus dem ärztlichen Zeugnis hervorgehe, daß Wagner seit Mitte Dezember krank sei, und daß ihr Vorstand auf Grund dieser Feststellung durch Beschluß vom 11. Februar gemäß § 4 Abs. 2 ff. der Satzung seinen Ausschluß und die Anfechtung seiner Mitgliedschaft verfügt habe. In der Tat wurde Wagner von der Hilfskasse mitgeteilt, daß seine Mitgliedschaft rückgängig gemacht werde. Die Vorschriften der Satzung, auf die sich die Kasse bei diesem Vorgehen beruft, bestimmen, daß der Eintritt seiner Erkrankung zwischen dem Antrag auf Aufnahme und dem Beginn der Mitgliedschaft alsbald der Kasse mitzuteilen ist (§ 2 Ziffer 5) und daß ein Mitglied ausgeschlossen werden kann, wenn es bei seiner Aufnahme bestehende oder frühere Krankheiten verheimlicht oder absichtlich falsche Angaben über seinen Gesundheitszustand gemacht hat. (§ 4 Abs. 2 f.).

Auf Grund dieser Angaben hat sich die Landesversicherungsanstalt veranlaßt gesehen, ihre Ersatzansprüche gegen die besondere Ortskrankenkasse geltend zu machen, der W. im Falle seines Ausschlusses aus der Hilfskasse anzugehören hatte. Da die Ersatzleistung auch von dieser Seite abgelehnt wurde, beantragte sie im Wege der Klage, ihre Ansprüche gemäß §§ 1518, 1520 II RVO. festzustellen und die Ortskrankenkasse zur Zahlung des statutarischen Krankengeldes auf die Zeit des Heilverfahrens zu verurteilen.

Die Beklagte beantragte Abweisung, weil die Ausschließung des W. durch die Hilfskasse ohne rechtlichen Grund erfolgt sei und dessen Wiedereintritt in die Ortskrankenkasse nicht zur Folge haben könne.

In der mündlichen Verhandlung sind der Handlungsgehilfe W. und der Rechnungsführer E. der Hilfskasse als Zeugen vernommen worden. W. hat bekundet, daß er im Dezember 1912 weder Husten noch Schmerzen im Rücken gehabt habe. Der Vermerk im Zeugnis des Dr. F., die Krankheitserscheinungen hätten am 26. Januar 1913 seit Wochen vorgelegen, sei lediglich erfolgt, um eine schleunige Einleitung des Heilverfahrens herbeizuführen. Der Zeuge E. hat die oben angeführte Aufnahme des W. in die Hilfskasse sowie die Tatsache und den Grund seines Ausschlusses bestätigt.

Das Versicherungsamt wies die Klage ab.

Gründe.

Eine Verpflichtung der Beklagten gemäß § 1518 RVO. kann nur dann bestehen, wenn die Mitgliedschaft des W. bei der Hilfskasse, die am 25. Dezember 1912 ihren Anfang genommen hat, von dieser Kasse rechtsgültig rückgängig gemacht oder beendet worden ist, und infolgedessen eine neue Versicherung Ws. bei der Beklagten vor Einleitung des Heilverfahrens kraft Gesetzes eintrat.

Auf Grund der völlig glaubhaft erscheinenden Zeugenaussage des W. darf als feststehend erachtet werden, daß er im Dezember 1912 weder Husten noch Schmerzen im Rücken und in der Seite hatte. Es konnte damit für ihn keine Veranlassung bestehen, vor seiner mit Wirkung vom 25. Dezember 1912 erfolgten Aufnahme in die Hilfskasse dem Vorstand dieser Kasse eine Erkrankungsanzeige zu erstatten, und von einem Verheimlichen einer bei der Aufnahme bestehenden Krankheit oder falschen Angaben des Antragstellers über seinen Gesundheitszustand kann selbstverständlich keine Rede sein. Zu einem Ausschluß, wie er von der Hilfskasse vorgenommen wurde, als sie von dem Antrag auf Einleitung des Heilverfahrens Kenntnis erhielt, lag deshalb ein statutarischer Grund nicht vor.

Wenn die Hilfskasse der Klägerin gegenüber weiter von einer Anfechtung der Mitgliedschaft des W. spricht, so ist nicht ersichtlich, wie eine solche rechtlich begründet werden soll. Der Satzung der Kasse sind Bestimmungen darüber nicht bekannt. Die Zulässigkeit einer Anfechtung der Mitgliedschaft wegen eines Irrtums über Krankheitsanlagen eines Mitglieds, die hier allein in Betracht kommen könnte, würde auch zu einem ganz unbilligen Ergebnis führen. Sie würde es allerdings ermöglichen,

Digitized by Google

daß Ersatzkassen kranke Mitglieder im weitgehendsten Maße an Zwangskassen abschöben und damit das jeder Versicherung eigene Risiko in einer wider Treu und Glauben verstoßenden Weise zu vermeiden in der Lage wären. Uebrigens ist selbst für eine solche Anfechtung im gegebenen Fall die notwendige tatsächliche Grundlage nicht nachgewiesen.

Es ergibt sich daraus, daß der Vorstandsbeschluß der Hilfskasse vom 11. Februar 1913 nicht in der Lage war, dem Zeugen seine Mitgliedschaft zu entziehen und seine neuerliche Versicherung bei der Beklagten zu begründen.

Vorsätzlich verursachte Krankheit ist nicht anzunehmen bei Selbstmordversuch (?).

Urteil des Preuß. Oberverwaltungsgerichts v. 20. November 1913.

Der Knecht Qu. hat sich selbst durch einen Schuß in die Brust verletzt und vom Kläger die danach notwendige Krankenpflege empfangen. Die Beklagte weigert sich, die Kosten zu erstatten, weil Qu. sich die Krankheit durch einen Selbstmordversuch, also vorsätzlich, zugezogen und daher nach § 17 des Statuts der Beklagte keinen Unterstützungsanspruch habe. Der Vorderrichter hat auf Abweisung der Klage erkannt, indem er sich der vom Großen Senat des Reichsversicherungsamts in seiner grundsätzlichen Entscheidung vom 16. März 1912, Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts 1912 S. 823, vertretenen Auffassung anschloß, die durch Selbstverletzung in selbstmörderischer Absicht verursachte Krankheit sei eine vorsätzlich zugezogene Krankheit.

Auf die Revision des Klägers war die Vorentscheidung aufzuheben. Das Oberverwaltungsgericht hat in ständiger Rechtsprechung, zuletzt noch in der Entscheidung vom 12. Dezember 1912, III C. 137. 12, Arbeiterversorgung Jahrgang 1913 S. 393, daran festgehalten und mehrfach eingehend begründet (Entscheidungen des Oberverwaltungsgerichts Band 24 S. 327 ff., bes. Seite 331 oben), daß das Wort „vorsätzlich" in § 26 a Ziff. 2 des Krankenversicherungsgesetzes mit „absichtlich" gleichbedeutend ist, und daß eine vorsätzlich zugezogene Krankheit nicht vorliegt, wenn die Ursache der Krankheit in einer lediglich auf Selbsttötung, nicht auf Selbstverletzung gerichteten Handlung liegt. Von dieser Rechtsauffassung abzugehen bietet die erwähnte neuerliche Entscheidung des Reichsversicherungsamts keine Veranlassung, zumal da sie im wesentlichen sich nur auf Erwägungen stützt, mit denen das Oberverwaltungsgericht sich bereits in seinen früheren Urteilen auseinandergesetzt hat.

Anmerkung: Die erwähnte Entscheidung des Großen Senats ist abgedruckt in Arb.-Vers. 1912 S. 569. Sie wird die Praxis der Versicherungsbehörden beherrschen und man wird sich mit ihr abfinden müssen, auch wenn man — wie wir — die Erwägungen des Reichsversicherungsamts gegenüber denen des Oberverwaltungsgerichts nicht für überzeugend erachtet.

B. Zur Unfallversicherung.

Entschädigung für ein Leiden, das dadurch herbeigeführt worden ist, daß sich der Verletzte aus eigener Entschließung einer Heilbehandlung unterzogen hat.

Rek.Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 6. Dezember 1913.

Der Verletzte bezog eine Teilrente von 20 Prozent wegen eines Magenleidens, das, wie rechtskräftig und unabänderlich feststeht, Folge des Unfalls ist. Wegen des Leidens hat er sich, ohne mit der den beklagten Königlich Preußischen Eisenbahnfiskus vertretenden Eisenbahndirektion in Verbindung getreten zu sein, ärztlich behandeln lassen. Er hat sich einer Operation unterzogen und diese hat das Leiden zwar anscheinend etwas gebessert, hat aber einen Bauchbruch zur Folge gehabt, der die Erwerbsfähigkeit des Verletzten nicht unerheblich beeinträchtigt. Der Verletzte hat dafür eine Unfallentschädigung zu beanspruchen, wenn der Bauchbruch als Unfallfolge anzusehen ist. Unbedenklich würde der ursächliche Zusammenhang des Bruchs mit dem Unfall anzuerkennen sein, wenn die Operation auf Veranlassung des Königlichen Eisenbahnfiskus oder mit seinem Einverständnisse vorgenommen worden wäre. Der Zusammenhang wird aber dadurch nicht ohne weiteres aufgehoben, daß sich der Verletzte aus eigener Entschließung hat operieren lassen. Wenn auch die Berufsgenossenschaften und sonstigen Versicherungsträger verpflichtet sind, den Verletzten die nötige Krankenbehandlung zuteil werden zu lassen und wenn sie auch berechtigt sind, jederzeit ein neues Heil-

Digitized by Google

verfahren eintreten zu lassen, so bleiben doch die Verletzten befugt, selbst auf ihre Gesundheit bedacht zu sein und das dazu Geeignete zu tun. Das ist ihr natürliches Recht. Ja sie haben sogar die Pflicht, ihrerseits dazu beizutragen, daß die Unfallfolgen nach Möglichkeit beseitigt werden. Tritt infolge der Sorge, die ein Verletzter seinem Zustande zuwendet, sei es, daß er durch zweckmäßige eigene Handlungen die Unfallfolgen bekämpft, sei es, daß er sich auf seine Kosten ärztlich behandeln läßt, eine wesentliche Besserung ein, so ist der Versicherungsträger berechtigt, die Unfallentschädigung herabzusetzen, und der Verletzte kann dagegen nicht einwenden, daß die Besserung ohne Zutun des Versicherungsträgers eingetreten sei. Kommen also dem Versicherungsträger die Vorteile zugute, die aus dem selbständigen Handeln des Verletzten entspringen, so muß er andererseits auch grundsätzlich für die Nachteile eintreten, die dadurch herbeigeführt werden. Nur dann hat der Versicherungsträger nicht dafür aufzukommen, wenn ein Verschulden oder Versehen des Verletzten oder eines anderen den Nachteil herbeigeführt hat und wenn infolgedessen nach den Umständen des Falles der Zusammenhang zwischen dem Unfall und dem Nachteil als gelöst zu betrachten ist (vergl. Handbuch der Unfallversf. 3. Aufl. Bd. 1 S. 251 Anm. 2 Abs. 4 und 5, Anm. 3 Abs. 1 zu § 8 GUVG.). Ein solches Verschulden oder Versehen ist hier aber nicht festzustellen.

C. Zur Angestelltenversicherung.

Ein Musikergehilfe bei einer Stadtkapelle unterliegt als Orchestermitglied der Versicherungspflicht.

Beschluß des **Rentenausschusses Berlin** vom 13. Oktober 1913.

Nach § 1 Abs. 1 Ziff. 4 Abs. 2 des Angestelltenversicherungsgesetzes sind Orchestermitglieder versicherungspflichtig, wenn sie als Angestellte gegen Entgelt tätig sind. Daß E. Orchestermitglied ist, steht fest: Er gehört einer Mehrheit von Musikern an, die sich zu musikalischen Darbietungen einem Dirigenten oder einem sonstigen Unternehmer derart untergeordnet haben, daß sie als seine Gehilfen, nicht als Mitunternehmer anzusehen sind.

Eine leitende Beteiligung bei den musikalischen Aufführungen wird zur Begründung der Versicherungspflicht nicht erfordert. Die Eigenschaft als Orchestermitglied wird auch dadurch nicht berührt, daß E. von dem Musikdirektor B. etwa noch besonderen Unterricht zur Vorbereitung seines jeweiligen Auftretens und zu seiner weiteren Ausbildung erhält. Zudem ist es nicht wahrscheinlich, daß E. nach 13jähriger musikalischer Tätigkeit noch „Lernender" ist. Auch daß E. gegen Entgelt als Angestellter beschäftigt ist, kann nicht zweifelhaft sein, da er von B. Entgelt erhält und eine Mitunternehmerschaft bei der rechtlichen Gestaltung der Kapelle nicht in Frage kommt.

Versicherungsfreiheit gemäß § 7 kann deshalb nicht eintreten, weil als Entgelt nicht nur freier Unterhalt gewährt wird. Eine bare Vergütung von 6 M. wöchentlich, die der Hälfte des Ortslohnes für erwachsene Tagearbeiter ungefähr gleichkommt, ist zu hoch, als daß sie als rechtlich unbeachtliche Nebenleistung neben dem freien Unterhalt angesehen werden könnte.

E.s Versicherungspflicht war daher zu bejahen.

D. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Wer einen Arzt mittels Gespanns abholen läßt, haftet für Verschulden des Kutschers.

Nach einem Urteile des Reichsgerichts, 3. Zivils. v. 20. Januar 1914.

Wer sich zur Erfüllung seiner Verbindlichkeit einer anderen Person — eines „Erfüllungsgehilfen" — bedient, hat nach § 278 BGB. ein Verschulden dieses Gehilfen in gleichem Umfange zu vertreten wie eigenes Verschulden. Ein solcher Gehilfe ist auch der Kutscher desjenigen, der einen Arzt zu einem Kranken über Land rufen und mit eigenem oder von ihm beschafften Gespanne zu dem Kranken abholen läßt. Der Besteller hat die Unkosten der Fahrt zu tragen, wenn der Arzt

Digitized by Google

einer solchen Bestellung Folge leistet, und er verpflichtet sich damit zu einer Gegenleistung für die ärztliche Tätigkeit. Demnach ist auch der Kutscher, durch den er den Arzt abholen läßt, sein Erfüllungsgehilfe bei Erfüllung dieser Vertragspflicht, wie der erkennende Senat bereits in dem Urteile vom 16. Dezember 1913 (III 377/1913) ausgesprochen hat. Daß der Besteller nicht selbst zu fahren verpflichtet war, steht dem nicht entgegen; der § 278 gilt nicht nur für solche Leistungen, die grundsätzlich von dem Schuldner persönlich zu bewirken sind, sondern findet auch dann Anwendung, wenn der Schuldner die von ihm übernommene Verpflichtung nicht selbst erfüllen kann oder zu erfüllen braucht (vgl. z. B. Entsch. des RG. in Zivils. 55 S. 335; 59 S. 22; 62 S. 119; 64 S. 231; 65 S. 17; 73 S. 148; 78 S. 239).

(„Recht" 1914, Entsch. 596.)

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Zahl und Stärke der Krankenkassen im Reich.

Hierüber veröffentlicht Senatspräsident Dr. Klein in der „Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung" (Heft 1, 2, 3) Nachweisungen für die einzelnen Bundesstaaten. Wir entnehmen ihnen folgende Gesamtergebnisse für das Reich. Es bestehen seit Beginn des Jahres 1914:

Allgemeine Ortskrankenkassen	2 463	mit	Versicherten	9 753 731
Besondere Ortskrankenkassen	337	„	„	749 349
Landkrankenkassen	595	„	„	2 660 065
Betriebskrankenkassen	5 537	„	„	3 476 020
Innungskrankenkassen	892	„	„	384 169
	9 824	mit	Versicherten	17 023 334

Für die knappschaftlichen Krankenkassen und die Ersatzkassen liegen sichere Zahlen noch nicht vor. Die Zahl der zugelassenen Ersatzkassen wird voraussichtlich 100 nicht wesentlich übersteigen.

Die Zahl der Versicherten beruht, wie Dr. Klein angibt, meist auf Schätzung, und wir möchten hinzufügen, daß diese Schätzung naturgemäß vielfach nur eine recht unsichere sein kann, weil wegen der objektiven Rechtsungewißheit über die Versicherungspflicht zahlreicher Personengruppen und wegen der subjektiven Rechtsunkenntnis zahlreicher Meldepflichtiger sicherlich noch viele Meldungen ausstehen. Wie viel unständig Beschäftigte, wie viel Hausgewerbtreibende und hausgewerblich Beschäftigte, ja wie viel Dienstboten besonders in den großen Städten noch nicht zur zuständigen Kasse angemeldet sein mögen, davon kann niemand auch nur eine annähernde Vorstellung haben! Auf der anderen Seite kommen zahlreiche Absplitterungen in Betracht, mit denen sicher noch nicht gerechnet ist, weil sie sich erst gegen Ende 1913 oder Anfang 1914 zu vollziehen begonnen haben und noch im Flusse sind. Das sind die zahlreichen, zum Teil recht umfassenden generellen Befreiungen ganzer Gruppen von der Versicherungspflicht auf Grund der §§ 169 bis 171 RVO. und ferner die Befreiungen in Einzelfällen auf Grund der §§173, 174, 418, 419, 435; da manche Kassen, in Verkennung der Rechtslage, Anträge der letzteren Art „grundsätzlich" zurückgewiesen haben, werden sie zum Teil mit einem erheblichen Abgange von der veranschlagten Mitgliederzahl zu rechnen haben.

Im ganzen zeigt sich, daß die Zahl der Kassen die vor dem Inkrafttreten des zweiten Buches der RVO. auf etwa 20 000 angenommen wurde, sich, ungefährer Erwartung entsprechend, auf rund 10 000 vermindert haben wird, wenn man einige Zugänge durch neuerlich bereits erfolgte und noch zu erwartende Gründung von Betriebs-, Innungs- und auch Landkrankenkassen mitrechnet. Diese Konzentration drückt sich in der Durchschnittsgröße der einzelnen Kassenarten aus. Die durchschnittliche Mitgliederzahl beträgt im Jahre 1914 gegen das Jahr 1912: bei den Ortskrankenkassen 3752 gegen 1602, bei den Landkrankenkassen 4471, bei den Betriebskrankenkassen 628 gegen 455, bei den Innungskrankenkassen 431 gegen 395, wobei zu beachten ist, daß die Steigerung nicht nur in der Verminderung der Zahl der Kassen, sondern auch in der sehr erheblichen Vermehrung der Zahl der Versicherungspflichtigen ihren Grund hat.

Neue Friedensverhandlungen zwischen Aerzten und Krankenkassen

waren notwendig geworden, weil sich zahlreiche Kassen weigern, das Abkommen vom 23. Dezember 1913 einzuhalten; namentlich stößt die Aufbringung der Mittel zur Abfindung der „Nothelfer", d. h. der bereits fest angestellt gewesenen Aerzte (§ 11 des Abkommens) bei vielen Kassen auf große Schwierigkeiten. Weiter gehen in vielen Bezirken die Vertragsabschlüsse nicht so glatt von statten, wie dies nach Behauptung der Aerzte geschehen müßte, wenn sich die unteren Verwaltungsbehörden ohne Bedenken auf den Boden des Generalabkommens stellen würden. Endlich ist in einigen Städten, namentlich in Breslau, Stettin und Elbing, ein Frieden zwischen Kassen und Aerzten überhaupt noch nicht geschlossen worden. Bei den neuen Friedensverhandlungen, die am 11. März in Berlin im Reichsamt des Innern unter Vorsitz des Ministerialdirektors Caspar stattfanden, wurde der Vorschlag der Regierung, ein Zentralabfindungsamt zur Abfertigung der „Nothelfer" einzurichten, angenommen. Ebenso wurde eine Einigung über die Berechnung und Abführung der hierzu erforderlichen Kassen- und Aerztebeiträge (es sind im ganzen 2 Mill. M. hierfür erforderlich) erzielt.

Wir werden die neuen Ausführungsbestimmungen im nächsten Heft vollständig mitteilen.

Digitized by Google

Zum Berliner Abkommen zwischen Krankenkassen und Aerzten.

Wir haben in Nr. 2 S. 50 das unter der Autorität des Staatssekretärs des Innern zustande gekommene Einigungsabkommen und in Nr. 8 S. 197 das Wesentliche aus dem preußischen Ministerialerlaß v. 17. Februar 1914 zur Ausführung des Abkommens mitgeteilt, sowie auf dessen acht Anlagen hingewiesen. Das Abkommen ist in den nächsten Jahren für die zuständigen Behörden und für die Krankenkassen von großer Bedeutung. Behörden und Kassen müssen häufig auf den Wortlaut des Abkommens, der Ausführungsbestimmungen, der einschlägigen Erlasse und der Wahlordnungen zurückgreifen. Da in dem Abkommen und in den Ausführungsbestimmungen nicht alles erledigt und berücksichtigt werden konnte und auch bei der Auslegung mancher Bestimmungen in der Praxis Zweifel auftauchen, haben die an dem Abkommen beteiligten Krankenkassen-Hauptverbände gemeinsam Erläuterungen dazu aufgestellt, die darüber hinaus auch Ratschläge enthalten für das Verhalten bei Vertragsverhandlungen. Die Kassenverbände haben, um einem allgemeinen Wunsche zu entsprechen, diese Unterlagen in einer Schrift zusammengefaßt, welche von den Verbänden bezogen werden kann.

Zu den durch das Abkommen vorgesehenen Einrichtungen gehören auch: Der Ausschuß für die Auswahl der Aerzte, der Vertragsausschuß, das Schiedsamt. Für die Wahlen hierzu sind dem erwähnten Erlasse des preußischen Handelsministers Wahlordnungen beigegeben (Nr. 6, 7, 8 der Anlagen). Die Regierungen der anderen Bundesstaaten sind in entsprechender Weise vorgegangen. Nunmehr gehen die Versicherungsämter in Gemeinschaft mit den Aerzten und Krankenkassen daran, diese Einrichtungen, den Ausschuß für die Auswahl der Kassenärzte, den Vertragsausschuß und das Schiedsamt zu bilden. Es ist damit zu rechnen, daß diese Organe bald geschaffen sind und daß dann die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Aerzten in allen Fällen in besonderen Verfahren geordnet werden, wodurch jeglicher Streit unter den beiden Teilen ausgeschlossen wird. Deshalb haben alle Kassen, auch diejenigen, die unabhängig von dem Abkommen Aerzteverträge abgeschlossen haben, ein dringendes Interesse daran, dem Abkommen beizutreten, um sich auch für die Zukunft die Erreichung annehmbarer neuer Verträge zu erleichtern und die Vorteile eines gesicherten Zustandes zu verschaffen, wogegen sie nur die Verpflichtung zur Zahlung des 5 Pfennig-Zuschlags zum Arzthonorar übernehmen (vgl. den Min. Erl. hier S. 197). Es wäre kurzsichtig, wenn einzelne Kassen meinen sollten, im Hinblick auf einen befriedigenden gegenwärtigen Zustand vom Beitritt zu dem Abkommen absehen zu können.

Ueber die Bedeutung des Abkommens für das Arztsystem der beitretenden Kassen läßt sich die Betriebskrankenkassen-Korrespondenz folgendermaßen aus: In dem Abkommen wird allen Kassen das zurzeit bei ihnen bestehende Arztsystem für die Dauer des Abkommens — 10 Jahre — gewährleistet. Ein Wechsel im Arztsystem kann gegen den Willen eines der beteiligten Teile nur eintreten, wenn ein wichtiger Grund vorliegt, worüber das Schiedsamt in einem gesonderten Verfahren endgültig und bindend entscheidet. Während es bisher den Kassen mit freier Arztwahl, die schlechte Erfahrungen mit diesem Arztsystem gemacht haben, nur unter sehr erschwerten Umständen möglich war, die freie Arztwahl zu beseitigen, wird diese Möglichkeit durch das Berliner Abkommen wesentlich erleichtert. Wird eine Kasse durch die freie Arztwahl über Gebühr belastet, und zeigen sich die sonstigen schädlichen Folgen dieses Arztsystems, so wird der „wichtige Grund" in diesem Sinne gegeben sein und der Uebergang zum Kassenarztsystem zuerkannt werden. Nach dem Abkommen sind soviel Aerzte anzustellen, daß mindestens auf je 1350 Versicherte, bei Familienbehandlung auf je 1000 Versicherte ein Arzt entfällt. Unter den zugelassenen Aerzten soll, wenn nichts anderes bestimmt ist, den Versicherten die Auswahl freistehen. Es ist ein Trugschluß, hieraus etwa eine Förderung der freien Arztwahl zu entnehmen. Diese Bedingung dürfte bei kleinern Kassen selten in Frage kommen. Auch bei den größern Kassen wird sie kaum Aenderungen bewirken, da sie nach Lage der heutigen Verhältnisse schon erfüllt ist. Es darf nicht außer acht gelassen werden, daß die Spezialärzte natürlich auch Aerzte sind und eingerechnet werden müssen. Die Zahl 1000 Mitglieder auf einen Arzt gilt selbstverständlich nur für die verheirateten oder unter ähnlichen Verhältnissen lebenden Versicherten. Eine Ortskrankenkasse hat z. B. 37 550 Versicherte, sie gewährt den Familienangehörigen der Versicherten freie ärztliche Behandlung, es sind 20 000 für die Familie anspruchsberechtigte Versicherte vorhanden, so müßte diese Kasse 20 Aerzte für die letztgenannten Versicherten und 13 Aerzte für die andern Versicherten anstellen. Es müßten also insgesamt 33 Aerzte und Spezialärzte bei der Kasse zugelassen sein. Es besteht nun keinerlei Zwang für die Kasse, die Auswahl unter diesen 33 Aerzten freizugeben; sie kann hierüber auch anderes bestimmen. Hieraus muß der Schluß gezogen werden, daß bei dem Einigungsabkommen eher von einer Benachteiligung als von einer Bevorzugung der freien Arztwahl gesprochen werden kann.

Wie in Rußland die Krankenversicherung durchgeführt wird.

Hierüber berichtet der „Arbeiterschutz" (Wien, den 16. März 1914):

In diesen Tagen hatten die Petersburger Arbeiter Vertreter für die Petersburger Stadt- und Gouvernements-Aufsichtsbehörde sowie fünf Vertreter in den obersten für das ganze Reich maßgebenden „Rat für die Angelegenheiten der Arbeiterversicherung" zu „wählen". Die Wahlen sind vierstufig: die Vorstände der Krankenkassen (bekanntlich bestehen in Rußland nur Betriebskrankenkassen — für je einen Betrieb oder manchmal für je zwei bis drei oder mehr Betriebe kleineren Umfanges) der Stadt Petersburg, die selbst von den Generalversammlungen, bestehend nicht aus Mitgliedern, sondern aus deren Bevollmächtigten gewählt werden, ernennen je zwei Vertreter, deren Gesamtheit die Vertreter für die genannten Behörden zu wählen hätten.

Jeder Versuch, eine Versammlung der Vorstände der bestehenden 22 Krankenkassen oder deren Vertreter vorher einzuberufen, wurde von der Behörde im Keim erstickt und die Teilnehmer an einer nichtoffiziellen Besprechung im Büro der Metallarbeiter, am Vorabend der Wahlen, wurden ver-

Digitized by Google

haftet. So konnte keine Verständigung herbeigeführt, keine Klarheit über die Aufgaben und das Programm der Delegierten sowie über die vorzuschlagenden Kandidaten erzielt werden. Die zu den Wahlen erschienenen Delegierten sahen sich veranlaßt, zumal sie noch die Wahrnehmung machen mußten, daß ihre Reihen stark gelichtet wurden, von den Wahlen unter Einreichung eines Protestes einmütig Abstand zu nehmen. Der Findigkeit der Regierung, die die Arbeiter durch die Versicherung mit Gewalt beglücken will, bleibt es überlassen, aus der Situation einen Ausweg zu suchen.

Stellungswechsel und Angestelltenversicherung.

Wir erhalten folgende Zuschrift: Bei der Führung der Versicherungskonten der Reichsversicherungsanstalt hat sich ergeben, daß, wenn versicherungspflichtige Angestellte ihre Stellung verlassen und eine Beschäftigung bei einem anderen Arbeitgeber, sei es sofort, sei es nach längerer Stellungslosigkeit, aufgenommen haben, der Beitragsentrichtung in vielen Fällen nicht die genügende Aufmerksamkeit geschenkt wird. Es dürfte sich meist um solche Fälle handeln, in denen der neue Arbeitgeber bisher Personen, die nach dem Versicherungsgesetze für Angestellte versicherungspflichtig sind, nicht beschäftigt hat und daher aus Unkenntnis der gesetzlichen Bestimmungen die ihm obliegende neue Verpflichtung, d. h. die Anmeldung des Angestellten bei der Reichsversicherungsanstalt, versäumt. In anderen Fällen wird eine unverhältnismäßig lange Stellungslosigkeit schuld daran sein, daß die Reichsversicherungsanstalt über den Verbleib eines Angestellten unerwünscht lange Zeit keine Nachricht erhält. Bei dieser Sachlage empfiehlt es sich, daß die Angestellten in ihrer neuen Stellung, sobald der erste Monatsbeitrag zur Versicherung für sie fällig wird, den Arbeitgeber an die Beitragsentrichtung und die vorgeschriebene Formularmeldung (Uebersicht des versicherungspflichtigen Personals und der hierbei eingetretenen Veränderungen) im beiderseitigen Interesse erinnern. Bei längerer Stellungslosigkeit wird außerdem den Versicherten selbst anzuraten sein, der Reichsversicherungsanstalt dies durch Postkarte mitzuteilen und ebenso auch die Wiederaufnahme einer Tätigkeit anzuzeigen. Die Angestellten werden durch die gewiß nicht schwierige Beachtung des vorstehenden Hinweises ihrem Arbeitgeber jede unnötige Inanspruchnahme seitens der Reichsversicherungsanstalt für sein Personal ersparen und einen noch größeren Dienst sich selbst erweisen, indem sie dazu beitragen, ihr bei der Reichsversicherungsanstalt laufendes Versicherungskonto jederzeit in Ordnung zu halten.

Sprechsaal.

„Verteilung" der Kassenbeiträge nach § 396 Abs. 2 RVO.

Eine Ortskrankenkasse hat an das zuständige Versicherungsamt folgende Vorstellung gerichtet:

„In den dortseitigen Anfragen, welche aus Anlaß der Stellung von Anträgen auf Verteilung der Beiträge für solche Versicherten, welche in mehreren Beschäftigungsverhältnissen stehen, erfolgt sind, sind wir ersucht worden, von der Beitragseinziehung in den betreffenden Fällen vorläufig abzusehen und weitere Mitteilung abzuwarten. Nach unserer Ansicht hat die dortseits vorzunehmende Verteilung der Beiträge auf die einzelnen Arbeitgeber auf die Beitragserhebung keinen Einfluß, denn nach § 396 Abs. 1 der RVO. haften die Arbeitgeber in solchen Fällen der Kasse als Gesamtschuldner für die vollen Beiträge. Es steht also im Belieben der Kasse, von welchen der mehreren Arbeitgeber sie die gesamten Beiträge fordern will. (Vergl. § 421 u. f. des Bürgerlichen Gesetzbuches). Es ist auch unseres Erachtens der Zweck des Gesetzes gewesen, den Kassen diese kleinliche Verteilung der Beiträge in den Fällen, wo mehrere Arbeitgeber in Frage kommen, abzunehmen . Eine Verteilung der Beiträge durch das Versicherungsamt auf Grund des § 396 Abs. 2 der RVO. hat nach unserer Ansicht nur Wirkung gegen die einzelnen Arbeitgeber. Diejenigen Arbeitgeber, welche von der Kasse nicht belastet werden, würden nach der Verteilung verpflichtet sein, ihren Anteil dem an die Kasse zahlenden Arbeitgeber zurückzuerstatten; dies ergibt sich auch aus der Auslegung der Gesetzes-Bestimmungen. (Vergl. Hahn, Anm. 2 zu § 396 der RVO. und Hoffmann, Anm. 4 und 5 zu § 396 der RVO.)."

Der Vorsitzende des Versicherungsamts will diese Ausführungen nicht gelten lassen. Er erwiderte:

„Die Verteilung der Beiträge hat nach meiner Ansicht auch Einfluß auf die Beitragserhebung. Der Einwand, daß § 421 des BGB. es in das Belieben der Kasse stelle, von welchem der mehreren Arbeitgebern sie die gesamten Beiträge fordern will, dürfte nicht stichhaltig sein, da § 396 Abs. 2 RVO. eine Sondervorschrift darstellt, die für die Verteilung der Beiträge allein maßgebend sein muß. Ihre Annahme, daß den Kassen „eine derartige kleinliche Verteilung der Beiträge" abzunehmen sei, halte ich insofern für unrichtig, als es der Kasse bei der Beitragsberechnung durchaus keine Mehrarbeit macht, den anteiligen Wochenbeitrag anstelle des vollen Wochenbeitrages bei der Monatsrechnung zu berücksichtigen. Die Verteilung auf Grund des § 396 Abs. 2 der RVO. wirkt auch gegen die Kasse, da sie sonst bedeutungslos wäre, und der Arbeitgeber, den die Kasse voll in Anspruch nimmt, gezwungen wäre, im Wege des Zivil-Prozesses sich bei den übrigen Arbeitgebern schadlos zu halten."

Wir halten den von der Kasse eingenommenen Standpunkt für den richtigen (zu vgl. auch Monatsblätter für Arbeiterversicherung 1913 Nr. 1 S. 9). Früher wurde im Hinblick auf § 52 Abs. 2 KVG.

Digitized by Google

und § 140 Abs. 2 KVG. angenommen, daß den Arbeitgebern überlassen bleibe, sich über die Verteilung der Belastung zu einigen (vgl. Arb.-Vers. 1909 S. 81 Ziff. 5). Eine solche Vereinbarung konnte aber selbstverständlich das Recht der Kasse, sich an jeden Arbeitgeber wegen des vollen Beitrags zu halten, nicht berühren. Jetzt gewährt das Gesetz den Arbeitgebern noch die weitere Möglichkeit, eine Verteilung auch beim Mangel einer Einigung herbeizuführen, jedoch ebenso selbstverständlich nur unbeschadet des Rechts der Kasse, den einzelnen Arbeitgeber wegen des vollen Beitrags in Anspruch zu nehmen. Daraus ergibt sich, daß die Verteilung durch das Versicherungsamt zwar von eingeschränkter Wirkung, aber keineswegs bedeutungslos ist.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und recht deutlich zu schreiben.

Anspruch auf die Kassenleistungen mit Beginn der Mitgliedschaft trotz Arbeitsunfähigkeit.

1. St. R. in E. Frage: Ein Dienstmädchen erkrankte im Dezember 1913 und wurde von der Herrschaft auf Grund eines Abonnements ins Krankenhaus gebracht. Nachdem am 1. Januar 1914 durch die Reichsversicherungsordnung die Krankenversicherungspflicht auf Dienstboten ausgedehnt wurde, meldete es der Dienstherr zur Allgemeinen Ortskrankenkasse an. Die Anmeldung wurde, obgleich das Dienstverhältnis noch fortdauerte, zurückgewiesen, weil das Mädchen krank und arbeitsunfähig war. Ende Januar ist das für 6 Wochen Krankenhauspflege berechtigte Abonnement abgelaufen, und das Krankenhaus verlangte von da ab Bezahlung nach den Gebührensätzen. Das Mädchen glaubte Ansprüche an die Krankenkasse zu haben. Diese Kasse ist der Meinung, daß das Mädchen auf Grund seiner seit 1. Januar ununterbrochen bestandenen Krankheit und Arbeitsunfähigkeit nicht Mitglied der Kasse geworden ist und keine Ansprüche besitze. Diese Ansicht erscheint nicht richtig. Denn das Mädchen befand sich am 1. Januar 1914 noch in einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis. Die Leistungen der Krankenkasse sind nicht von der Beitragsentrichtung abhängig. Auch ist zu berücksichtigen, daß der Dienstbote in solchem Falle — wenn die Ansicht der Kasse richtig wäre — schlechter gestellt sein würde, als vor dem 1. Januar 1914. Denn durch Artikel 42 des Einführungsgesetzes zur RVO. werden dem Gesinde auch noch die nach Landesrecht bestehenden Ansprüche gegen den Dienstberechtigten auf Kur und Pflege im Krankheitsfalle genommen.

Antwort: Die Ansicht der Kasse ist unzutreffend. Das Dienstmädchen stand am 1. Januar 1914 noch in seinem Beschäftigungsverhältnis, da dieses weder durch befristete Kündigung, noch durch sofortige Entlassung aufgelöst war. Infolgedessen ist das Mädchen ohne weiteres Pflichtmitglied der Krankenkasse geworden. Der Erwerb der Mitgliedschaft ist weder durch die Krankheit noch durch die Arbeitsunfähigkeit verhindert worden. Ihm steht auch nicht entgegen, daß noch keine Beiträge gezahlt waren. (Vergl. die ausführlichen Erörterungen Hahn's in der Arb.-Vers. 1913 S. 841 ff.; ferner Arb.-Vers. 1893 S. 419 und 1909 S. 661). Besteht aber die Pflichtmitgliedschaft, so ist damit auch der Anspruch auf die Kassenleistungen erworben, sofern Krankheit oder Arbeitsunfähigkeit vorliegen. Darnach hätte ärztliche Behandlung von der Kasse schon seit 1. Januar 1914 verlangt werden können. Allerdings blieb es der Herrschaft auch unbenommen, statt dessen den Abonnementsverein in Anspruch zu nehmen, wie sie es getan hat. Auf jeden Fall kann aber das Krankengeld vom 1. Januar 1914 ab nachgefordert werden. Seit Ende Januar muß die Kasse auch für die ärztliche Behandlung aufkommen. Die Zurückweisung der Anmeldung war durchaus ungerechtfertigt.

Freiwillige Ortskrankenkassenmitglieder konnten nicht der Gemeindekrankenversicherung angehören.

2. Nach Darmstadt. Antwort: Wer freiwilliges Mitglied einer Ortskrankenkasse war, konnte nicht zugleich der Gemeindekrankenversicherung angehören. Darüber ließ § 4 KVG. keinen Zweifel.

Werkmeister und Bürolehrlinge in der Angestelltenversicherung.

3. Nach Herne. Antwort: Für die Frage, ob jemand der Angestelltenversicherung unterliegt, ist die Art der Zahlung des Entgelts — tage-, wochen- oder monatsweise — unerheblich. Vielmehr ist die Art der Tätigkeit maßgebend. Ein Meister, der nicht über 5000 Mark jährlich bezieht, ist nach ausdrücklicher Bestimmung des § 11 Ziff. 2 AVG. stets versicherungspflichtig, mag sein Lohn auch tagweise bemessen und alle 14 Tage ausgezahlt werden; Voraussetzung ist freilich, daß die Werkmeistertätigkeit den Hauptberuf bildet, was wohl fast immer der Fall ist. Bürolehrlinge unterstehen nicht der Angestelltenversicherung, auch Handlungslehrlinge nicht.

a) Anrechnung der Unfallrente auf das Krankengeld. b) Ersatzanspruch der Kasse an die Berufsgenossenschaft. c) Ersatzanspruch der aushelfenden Kasse.

4. Nach Rostock. Frage: a) Wenn eine Berufsgenossenschaft mit Ablauf der 13. Woche die Vollrente festgesetzt und der Krankenkasse rechtzeitig angezeigt hat, daß sie die weitere Fürsorge übernimmt, muß die Krankenkasse dennoch von der 14. bis zur 26. Woche das dem Verletzten zustehende Krankengeld zahlen? Oder ist die Für-

Digitized by Google

sorge für den Verletzten von seiten der Krankenkasse mit Ablauf der 13. Woche beendigt?

b) Wenn die Unfallrente von einer Berufsgenossenschaft erst einige Wochen nach der 13. Woche festgesetzt wird, so kommen wohl nur die §§ 1503 und 1506 als Ersatzanspruch für die Krankenkasse in Betracht oder § 584 d. RVO.

c) Wenn ein Mitglied von einer Ortskrankenkasse als krank von seinem Erkrankungsort aus beurlaubt und einer anderen Kasse überwiesen wird, ist diese verpflichtet, die Fürsorge für einen sehr niedrigen Grundlohnsatz nach § 1503 RVO. zu übernehmen?

Antwort: a) An sich mußte die Kasse dem Versicherten auch Krankengeld gewähren. Indessen sie kann von diesem die halbe Vollrente in Abzug bringen; denn nach § 1510 RVO. kann sie die Unfallentschädigung auf ihre Leistungen insoweit anrechnen, als für sie, wenn sie die Leistungen selbst gewähren würde, ein Anspruch auf Ersatz aus der Unfallentschädigung begründet wäre; er ist aber für das Krankengeld bis zur Hälfte der Unfallrente begründet (§ 1501, 1505, 1506 Abs. 1).

b) Für die Krankenpflege, die von der Kasse noch nach der 13. Woche gewährt wird, sind ihr stets $^3/_8$ des Grundlohnes zu erstatten, ohne Rücksicht auf die noch festzusetzende Unfallrente, denn aus dieser wird ja der Ersatz für die Krankenpflege nicht geleistet (§§ 1503 Abs. 1 1505). § 584 besagt, daß für die Zeit von der 14. Woche ab der Kranke als völlig erwerbsunfähig gilt, wenn ihn die Kasse dafür erklärt, indem sie Krankengeld oder Krankenhauspflege gewährt; die Feststellung der Erwerbsunfähigkeit durch die Berufsgenossenschaft für diese Zeit ist also nicht mehr nötig, so daß die Vollrente gewährt werden muß, wenigstens so lange, wie die Kasse die Erwerbsunfähigkeit annimmt und nicht die Berufsgenossenschaft die Fürsorge übernimmt.

c) Die aushelfende Kasse muß dem Kranken diejenigen Leistungen gewähren, die ihm bei seiner eigenen zustehen (§ 219 RVO.). Diese muß jener das Krankengeld voll und die Krankenpflege mit $^3/_8$ des Grundlohnes, der den bei seiner eigenen Kasse dem Kranken zustehenden Leistungen zugrunde zu legen ist, erstatten (§ 222 RVO.). Im Verhältnis der aushelfenden Kasse zu der ursprünglich verpflichteten gilt also § 1505 RVO. nicht. Diese Vorschrift kommt nur für den Ersatzanspruch der Kasse des Erkrankten an den Träger der Unfallversicherung in Frage. Das würde freilich, soweit es sich nur um die Krankenpflege handelt, keinen Unterschied machen. Denn sowohl § 222 wie § 1503 setzen den Ersatzbetrag mit $^3/_8$ des Grundlohnes fest. Ein wesentlicher Unterschied ergibt sich aber, soweit die aushelfende Kasse Krankenhauspflege gewährt. Denn für diese müssen ihr die vollen tatsächlichen Kosten nach § 222 erstattet werden (ebenso Hahn, Handb. d. Kr.-Vers., Anm. 3c zu § 222), während § 1503 Abs. 2 den Umfang des Ersatzanspruches beschränkt.

Behandlung durch Zahntechniker.

5. Nach B. Frage: Ein auswärts wohnender Zahntechniker, der hier Sprechstunden abhält, ist seit 6 Jahren für die hiesige Allgemeine Ortskrankenkasse tätig. Dies soll auch fernerhin geschehen. Ist das zulässig, wenn schon für die zahnärztliche Behandlung der Kassenmitglieder in anderer Weise — es wohnen ein Zahnarzt und noch ein Zahntechniker hier — ausreichend Sorge getragen ist?

Antwort: Selbständig darf durch einen Zahntechniker nach § 123 RVO. die Behandlung gewährt werden, wenn der Versicherte zustimmt, ferner auch ohne dessen Zustimmung nach § 122 Abs. RVO., wenn der Arzt oder Zahnarzt es anordnet oder wenn in dringenden Fällen kein approbierter Arzt oder Zahnarzt hinzugezogen werden kann. Für Preußen ist die Hilfeleistung durch Zahntechniker nach dem Ministerial-Erlaß vom 2. Dezember 1913 (Arb.-Vers. 1914 S. 38 f.), der auf Grund des § 123 RVO. ergangen ist, auch in anderen Fällen zugelassen, zu denen aber der vorliegende nicht gehört, nämlich dann, wenn die Voraussetzungen des § 370 RVO. bezüglich der Zahnärzte erfüllt sind oder wenn die zahnärztliche Versorgung der Kassenmitglieder durch den Mangel an Zahnärzten erschwert ist. (Unter Ziff. 2 des erwähnten Erlasses). Uebrigens müssen solche Zahntechniker, die zur kassenärztlichen Behandlung zugelassen werden sollen, die in dem Erlaß vorgeschriebenen Bedingungen erfüllen.

Die Dienstordnung macht eine Neuanstellung alter Angestellten nicht erforderlich.

6. Nach Kr. Antwort: Ein Angestellter einer Krankenkasse, der noch unter dem alten Recht angenommen worden ist, braucht auch mit dem Inkrafttreten der Dienstordnung nicht neu angestellt zu werden, vielmehr ist er dieser nunmehr unterworfen. Will er dies nicht, so muß er nach Art. 34 Einf.-Ges. zur RVO. kündigen. Der alte Vertrag wird nach Maßgabe der Dienstordnung durch diese abgeändert.

Ansprüche des Versicherten bei freiwilliger Weiterversicherung und bei Erwerbslosigkeit.

7. Nach Annweiler. Frage. Nach § 313 RVO. muß, wer Mitglied bleiben will, es der Kasse binnen 3 Wochen nach dem Ausscheiden oder im Falle des § 311 RVO. (Erkrankung) nach Beendigung der Kassenleistungen anzeigen. Wer jedoch in der 2. oder 3. dieser Wochen erkrankt, hat für diese Krankheit Anspruch auf die Kassenleistungen nur, wenn er die Anzeige in der 1. Woche gemacht hat. Scheiden Versicherte wegen Erwerbslosigkeit aus, so verbleibt ihnen nach § 214 der Anspruch auf die Regelleistungen der Kasse, wenn der Versicherungsfall während der Erwerbslosigkeit und binnen 3 Wochen nach dem Ausscheiden eintritt. Diese beiden Bestimmungen vermag ich nicht recht miteinander im Einklang zu bringen, denn während oben die Erhaltung der Regelleistungen innerhalb der erwähnten 3 Wochen von der Anzeige der freiwilligen Fortsetzung der Versicherung in der 1. Woche nach dem Ausscheiden aus der Kasse abhängig gemacht ist, wird nach § 214 die Regelleistung für die auf den Austritt aus der Kasse folgenden 3 Wochen bedingungslos gewährt. Oder soll in letzterem Falle der Schwerpunkt in der Erwerbslosigkeit zu suchen sein? In § 313 RVO. ist jedoch nur von Ausscheiden aus der Kasse gesprochen, unter welchen Umständen dies geschieht, ist nicht berücksichtigt. Uebrigens ist nach meiner Ansicht Erwerbslosigkeit immer gegeben, ob der Betreffende wegen Arbeitsmangels auszuscheiden hat, ob er freiwillig auf die weitere Arbeit verzichtet, oder aber wegen

Digitized by Google

ordnungswidrigen Verhaltens die Beschäftigung niederzulegen gezwungen wird.

Antwort: Die Voraussetzungen der beiden §§ 313 und 214 RVO. sind durchaus verschieden. Nach § 214 muß die Ursache des Ausscheidens stets Erwerbslosigkeit sein, also Aufgabe der bisherigen Tätigkeit, auf Grund deren die Versicherung bestand, ohne Aufnahme irgend einer anderen Erwerbstätigkeit. Ob die Erwerbslosigkeit verschuldet oder unverschuldet ist, macht für den Anspruch aus § 214 keinen Unterschied. (Vergl. Hahn, Handb. der Kr.-Vers., Anm. 4a zu § 214). Die Ansprüche aus § 313 setzen nur rechtzeitige Anzeige voraus, daß die Versicherung freiwillig fortgesetzt werden solle. Wer nun auch die Ansprüche aus § 313 bei einer Erkrankung in der 2. oder 3. Woche nach dem Ausscheiden nicht geltend machen kann, weil er die Anzeige erst nach der ersten Woche gemacht hat, behält dennoch die Ansprüche aus § 214, sofern nur dessen Voraussetzungen erfüllt sind. Denn in § 313 Abs. 2 Satz 2 heißt es ausdrücklich: „. . . . vorbehaltlich des § 214"; offenbar übersehen Sie diese Worte. Ferner ist auch darauf hinzuweisen, daß die Leistungen aus § 313 und § 214 verschieden sind. § 313 gewährt die vollen Kassenleistungen, § 214 jedoch nur die Regelleistungen. Wird z. B. der Versicherte erwerbslos und macht er die Anzeige der Weiterversicherung erst in der zweiten Woche, so kann er für einen Versicherungsfall, der in der dritten Woche eintritt, die vollen Kassenleistungen nicht verlangen (§ 313 Abs. 2 Satz 2), wohl aber die Regelleistungen (§ 313 Abs. 2 Satz 2: „vorbehaltlich des § 214"); wäre aber der Versicherte nicht wegen Erwerbslosigkeit, sondern etwa wegen Ueberschreitens der Gehaltsgrenze ausgeschieden, so könnte er unter den übrigen gleichen Voraussetzungen auch nicht einmal die Regelleistungen beanspruchen.

Wartezeit für Altersrente.

8. **Nach C. R.** Antwort: Nach § 1257 und 1278 RVO. begründen 1200 Beitragswochen und die Vollendung des 70. Lebensjahres den Anspruch auf Altersrente. Denjenigen Versicherten aber, die beim Inkrafttreten der Versicherungspflicht für ihren Beruf das 40. Lebensjahr bereits vollendet hatten, werden für jedes volle Jahr, um das ihr Lebensalter zu dieser Zeit 40 Jahre überstiegen hat, 40 Wochen und für den überschießenden Teil eines solchen Jahres die weiteren Wochen, jedoch nicht mehr als 40 angerechnet. Es muß außerdem nachgewiesen werden, daß entweder 3 Jahre vor dem Inkrafttreten eine Beschäftigung bestanden hat, die versicherungspflichtig war oder inzwischen geworden ist. Diesen Nachweis braucht aber der nicht zu führen, wer mindestens 200 Beitragswochen innerhalb der ersten 5 Jahre, seitdem die Versicherungspflicht für den Beruf in Kraft trat, nachweist. (Art. 65 Einf.Ges. zur RVO.). Für die meisten Berufe begann die Versicherungspflicht am 1. Januar 1891. Sollte für Ihren damaligen Beruf die Versicherungspflicht erst am 1. Januar 1896 eingetreten sein, wie Sie annehmen, so wären Ihnen, da sie an diesem Tage 11 Jahre und 4 Wochen über 40 Jahre alt waren, 444 Wochen anzurechnen, Sie brauchten demnach nur 1200—444=756 Beitragswochen aufzuweisen. Uebrigens ist nicht ersichtlich, worauf sich Ihre Behauptung, die Versicherungspflicht für Ihren Beruf sei erst am 1. Januar 1896 eingetreten, stützt. Sie geben an, Sie seien bis zum 31. Dezember 1895 18 Jahre hintereinander in einer Handschuhfabrik tätig gewesen; dann begann die Versicherungspflicht bereits am 1. Januar 1891. Denn von ihr waren befreit bis zum 1. Januar 1896 nur gewisse Hausgewerbtreibende der Textilindustrie. Sollte also die Versicherungspflicht für Ihren Beruf, wie es wahrscheinlich ist, bereits am 1. Januar 1891 begonnen haben, so wären Ihnen, da Sie damals 6 Jahr und 4 Wochen über 40 Jahr alt waren, 244 Wochen anzurechnen, so daß Sie nur 1200—244=956 Beitragswochen aufzuweisen brauchten.

Muß der Kranke sich operieren lassen?

9. **Nach Völklingen.** Antwort: Unter Umständen kann die Verschlimmerung oder Verlängerung einer Krankheit, die durch eine Operation hätte vermieden werden können, als vorsätzliche Zuziehung einer Krankheit im Sinne des § 192 RVO. gelten, so daß satzungsgemäß die Versagung des Krankengeldes statthaft wäre. Das ist dann anzunehmen, wenn der Kranke ohne triftigen Grund die ärztlich für notwendig erklärte Operation nicht vornehmen läßt. (Vergl. Hahn, Handb. d. Kr.-Vers., Anm. 6a zu § 192). Das Reichsgericht hat in einem Urteil vom 30. Mai 1913 ausgeführt, man müsse eine Operation dann dulden, wenn sie gefahrlos und nicht zu schmerzhaft sei und Erfolg verspreche. Das Reichsversicherungsamt zieht die Verpflichtung noch enger, indem es meint, man brauche eine solche Operation nicht vornehmen zu lassen, die in die Unversehrtheit des Körpers eingreife.

Reise zum Arzt kann Anspruch auf Krankengeld bedingen.

10. **Nach H.** Antwort: Arbeitsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn der Versicherte infolge Aufsuchens des Arztes seiner Arbeit nicht nachgehen kann (Vergl. Hahn, Handb. der Kr.-Vers., Anm. 6e zu § 182 RVO.). Nimmt freilich der Weg zum Arzt nur eine verhältnismäßig geringe Zeit in Anspruch, so ist der Anspruch auf Krankengeld nicht begründet, auch nicht teilweise, bleibt aber dem Versicherten nur eine kurze Zeit für die Arbeit zur Verfügung, so daß er an dem Tage nur ganz wenig zu verdienen vermag, so steht ihm das Krankengeld zu. (Vergl. ebenda Anm. 6d). Bei einer Reise von H. nach J. trifft dies möglicherweise zu.

Porto für Auskünfte im Verkehr der Versicherungsträger untereinander.

11. **Nach Hanau.** Frage: Müssen die Krankenkassen, die nach § 581 RVO. zur Auskunftserteilung an die Berufsgenossenschaften verpflichtet sind, auch die Frankierung auf ihre Kosten übernehmen? Im geschäftlichen Verkehr, sowie im Verkehr unter Behörden gilt es wohl als üblich, daß die Frankierung aller Schriftstücke auf Gegenseitigkeit beruht, doch glauben wir annehmen zu dürfen, daß die Erteilung von Auskünften an Berufsgenossenschaften insofern als Ausnahme zu betrachten sein wird, als sie einen gegenseitigen Schriftwechsel nicht darstellen; manche Genossenschaften haben die Einrichtung auf Karten mit

Digitized by Google

Rückantwort, die frankiert ist, anzufragen, wieder andere wünschen jedoch größere Formular-Antworten und fügen keinerlei Porto bei, so daß im Laufe des Jahres größere Portoausgaben erwachsen.

Antwort. Zur Tragung des Portos ist die anfragende Berufsgenossenschaft verpflichtet. Denn nach § 269 BGB. ist Leistungsort im Zweifel der Ort, an welchem der Schuldner seinen Wohnsitz, also hier die Kasse ihren Sitz hat. Uebersendet sie aber die Auskunft durch die Post, was sie freilich unseres Erachtens auf Verlangen der Berufsgenossenschaft tun muß, so kann sie Ersatz der Kosten verlangen, eben, weil sie nur am Orte ihres Sitzes zu leisten braucht. Außerdem ist auch § 117 RVO. anwendbar, der bestimmt, daß alle baren Auslagen von den Versicherungsträgern, nämlich denjenigen, die die Rechtshilfe nachgesucht haben, als eigene Verwaltungskosten erstattet werden müssen. (Vergl. Arb.-Vers. 1909 S. 11, 1911 S. 240 Ziff. 16).

Verpflichtung der Gemeinde bei Schließung der Gemeindekrankenversicherung.

12. Nach W. Antwort: Ist eine Gemeindekrankenversicherung geschlossen worden, so finden nach Art. 14 Einf.Ges. zur RVO. die §§ 303, 294 Abs. 1 Anwendung. Danach ist der verbleibende Ueberschuß auf die Allgemeine Ortskrankenkasse zu überweisen, auf die die Mitglieder übergegangen sind. Einen höheren Betrag braucht sie der Kasse nicht zuzuwenden, mag dieser auch für andere Mitglieder, die auf sie von einer anderen geschlossenen oder aufgelösten Kasse übergegangen sind, mehr überwiesen worden sein. Die Gemeinde müßte nur unter Umständen nach Art. 16 Einf. Ges. Vorschüsse leisten, doch ist hierbei die Zahl der von der Gemeindekrankenversicherung zugewiesenen Mitglieder ohne Bedeutung.

a) Verteilung der Kassenbeiträge unter mehrere Arbeitgeber. b) Uebertritt Weiterversicherter in die niedrigste Klasse.

13. Nach Saarbrücken. Antwort: a) Die Verteilung nach § 396 Abs. 2 RVO. ist nur von Bedeutung für das Verhältnis der Arbeitgeber zu einander. Die Kasse kann sich nach freier Wahl an jeden der mehreren Arbeitgeber halten (Abs. 1).

b) Wer sich weiterversichert, kann nach § 313 Abs. 1 Satz 2 in „eine" niedere Klasse übertreten, also selbstverständlich auch aus der höchsten in die niedrigste.

a) Wochengeld für die Zeit vor der Niederkunft. b) Unständig Beschäftigte als freiwillige Mitglieder.

14. Nach Hamburg. Antwort: a) Wenn § 195 RVO. bestimmt, daß von den 8 Wochen, für die Wochengeld zu gewähren ist, mindestens 6 in die Zeit nach der Niederkunft fallen müssen, so sollte damit offenbar es nicht in das Ermessen der Kasse im Einzelfalle gestellt sein, wie sie die 8 Wochen verrechnen wollte, sondern es war gedacht, daß ein für allemal die Satzung festzusetzen habe, auf welche Zeit vor der Niederkunft Wochengeld verrechnet werden dürfe. (Ebenso Hahn, Handb. der Kr.-Vers., Anm. 5 zu § 195). Daher war es verfehlt, wenn die Mustersatzung den § 195 RVO. als § 29 wörtlich übernahm, da die Vorschrift es ungewiß läßt, wieviel auf die Zeit vorher fallen soll. Das Natürliche ist ja, daß ein Wochengeld für die „Wochen", d. h. für die Zeit nach der Niederkunft gewährt wird. Daher muß man annehmen, daß wenn die Satzung nicht deutlich eine abweichende Regelung ergibt, die 8 Wochen erst von der Niederkunft ab zu rechnen sind. Demnach kann auf das Schwangergeld nur insoweit das Wochengeld angerechnet werden, als dieses nach ausdrücklicher Vorschrift der Satzung für die Zeit vor der Niederkunft gewährt wird; hierzu würde die Fassung des § 195 RVO. nicht genügen. Es ist folglich zutreffend, daß § 26 Ihrer Satzung mit § 24 nicht vereinbar ist. Wir empfehlen eine Berichtigung.

b) Ein unständig Beschäftigter, der bisher versicherungspflichtiges Mitglied einer besonderen Ortskrankenkasse war, kann sich bei dieser freiwillig weiterversichern. Statt dessen kann er sich aber auch bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse auf Grund seiner unständigen Beschäftigung eintragen lassen. Er hat also ein Wahlrecht. (Vergl. §§ 443 und 444 RVO. und Anmerkungen dazu bei Hahn, Handb. d. Kr.-Vers.).

Wenn der Verstorbene bei seinem Tode freiwillig versichert und in eine niedere Klasse übergetreten war, gilt für das Sterbegeld § 201, nicht § 202 RVO.

15. Nach S. in L. Frage: Nach § 202 RVO. wird Sterbegeld auch dann gezahlt, wenn der Erkrankte innerhalb eines Jahres nach Ablauf der Krankenhilfe an derselben Krankheit gestorben und bis zum Tode arbeitsunfähig gewesen ist. Nach § 313 RVO. können sich die Mitglieder freiwillig weiterversichern und in eine niedere Klasse übertreten. Stirbt nun ein solches niedriger versichertes Mitglied in der bezeichneten Frist, so würden die Hinterbliebenen inbezug auf das Sterbegeld schlechter wegkommen, als wenn sich das Mitglied überhaupt nicht freiwillig versichert hätte. Es erscheint mir zweifelhaft, ob dies richtig ist. Ich bitte um Auskunft, ob unter solchen Verhältnissen nicht etwa doch das höhere Sterbegeld auf Grund der früheren Zwangsversicherung zu zahlen ist.

Antwort: Wir teilen Ihren Zweifel nicht. Wem das Gesetz verschiedene Versicherungsmöglichkeiten gibt, der hat die Vorteile und Nachteile der einen und der anderen Art gegen einander abzuwägen. Die verlängerte Sterbegeldversicherung aus § 202 RVO. ist denen zugedacht, die über die Unterstützungsdauer hinaus krank und arbeitsunfähig sind und folglich aus der Kasse ausscheiden (vgl. Hahn Handb. der Kr.Vers. S. 270 Anm. 1 zu § 202). Wer sich die Mitgliedschaft nach § 313 bis zu seinem Tode erhalten hat, ist als „Versicherter" gestorben; seine Hinterbliebenen haben daher Anspruch auf Krankengeld nur nach § 201, d. h. nach dem Grundlohn derjenigen Klasse, in die der Versicherte zurzeit seines Todes gehörte.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Dippe; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe; Geh. Regierungsrat Professor Dr. Laß, Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Rat Dr. Olshausen; Geheimrat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1062 der ganzen Folge

31. Jahrgang | **21. April 1914** | **Heft 12**

Krankenversicherung der Beamten und Lehrer.

Von Regierungsassessor **Dr. Posse** in **Beuthen OS.**

Der durch Novelle vom 10. April 1892 dem Krankenversicherungsgesetze vom 15. Juni 1883 eingefügte § 2a sah die Ausdehnung des die Krankenversicherungspflicht und den Kreis der zu versichernden Personen allgemein regelnden § 1 a. a. O. auch auf solche in Betrieben oder im Dienste des Reiches oder eines Staates Beschäftigte vor, die der Krankenversicherungspflicht nicht bereits nach gesetzlichen Bestimmungen unterlagen. Eine Uebernahme des § 2a in dieser oder in nur formell geänderter Fassung in das zweite Buch der Reichsversicherungsordnung vom 19. Juli 1911 hat nicht stattgefunden. Hier heißt es im § 165 nunmehr generell: „Für den Fall der Krankheit werden versichert

1. Arbeiter, Gehilfen, Gesellen . . . .,
2. Betriebsbeamte, Werkmeister und andere Angestellte in ähnlich gehobener Stellung,
3. Lehrer und Erzieher . . . .

Daß heute ohne die im § 2a des Krankenversicherungsgesetzes geforderte Verfügung des Reichskanzlers oder der Landeszentralbehörde allgemein die in Betrieben oder im Dienste des Reiches oder eines Bundesstaates Beschäftigten wie die Lehrpersonen krankenversicherungspflichtig sind, ergeben außer der bestimmt gehaltenen Fassung des § 165 RVO. vor allem die §§ 169 und 172 a. a. O., die besondere Befreiungsgründe für die Beamten und Lehrer an öffentlichen Schulen oder Anstalten aufführen. Kraft des Gesetzes, das ohne weiteres zur Anwendung kommen muß, sind diese sonst krankenversicherungspflichtigen Personen von dieser Pflicht befreit, wenn ihr regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst 2500 M. an Entgelt übersteigt (§ 165 Abs. 2) oder solange sie lediglich für ihren Beruf ausgebildet werden (§ 172 Ziffer 1). Die letztere Vorschrift wird bei Reichs- und Staatsbeamten nur, wie es im Kommissionsberichte zur Reichsversicherungsordnung (II S. 24) heißt, auf junge Leute aus wohlhabender Familie Anwendung finden, die vorübergehend eine untergeordnete Tätigkeit ausüben, um nach vollendeter Ausbildung sich um höhere Stellen zu bewerben. Solchen Verhältnissen entspricht die Krankenversicherungspflicht regelmäßig nicht; im Bedürfnisfalle muß die freiwillige Versicherung genügen. Im übrigen „wird der Begriff der Zeit, während deren ein Beschäftigter für den Beruf ausgebildet wird, nicht zu eng zu fassen sein. Es kann darunter unbedenklich auch noch die Zeit verstanden werden, während deren die Ausbildung im engeren Sinne abgeschlossen ist und Probedienste geleistet werden, die zu einer festen Anstellung zu führen pflegen" (Begründung zur RVO. S. 391). In Anwendung dieser Interpretation ist der Kreis der Lehrpersonen öffentlicher Schulen, die wegen ihrer beruflichen Ausbildung nach § 172 Ziffer 1 a. a. O. versicherungsfrei sind, ein recht umfangreicher. Der häufigste, hierher gehörige Fall ist der, daß Hilfslehrer an Volksschulen ihre Anstellungsfähigkeit noch

Digitized by Google

durch die Ablegung der zweiten Lehrerprüfung nachzuweisen haben (vgl. Anleitung des Reichsversicherungsamtes vom 26. April 1912 S. 31, Ziffer 27; Entscheidung Nr. 854, Amtliche Nachrichten 1900, S. 835). Sie sind ebenso wie ausländische Lehrer, die in der Heimat die erforderlichen Prüfungen teilweise abgelegt haben und in Deutschland zur Erlernung der deutschen Sprache an einer Schule unterrichten (Anleitung S. 32, Ziffer 29; Entscheidung Nr. 1160, Amtliche Nachrichten 1904, S. 524), auch versicherungsfrei gemäß § 172 Ziffer 3 RVO., weil sie während der wissenschaftlichen Ausbildung für ihren künftigen Beruf gegen Entgelt unterrichten. Im übrigen soll die aus dem Invalidenversicherungsgesetze stammende Wohltat des § 172, Ziffer 3 nach dem Berichte der IX. Kommission über den Entwurf eines Invalidenversicherungsgesetzes (Drucksachen des Reichstages, 10. Tag. Per. I., Sess. 1898/99, Nr. 270, S. 21) besonders Studenten zugute kommen, die während ihres Studiums ihren Unterhalt ganz oder zum Teile durch Privatunterricht erwerben. Die Krankenversicherungsfreiheit auf Grund der Ziffern 1 und 3 des § 172 RVO. kann in Anwendung der früheren Rechtsprechung beispielsweise bei bereits anstellungsfähigen, geprüften Lehrern nicht anerkannt werden, die von der Schulbehörde bis zu ihrer Einberufung in den öffentlichen Schuldienst beurlaubt sind und einstweilen an einer Privatschule unterrichten (vgl. auch die bereits erwähnte Entscheidung Nr. 854, Amtl. Nachr. 1900, S. 835). Auch sind französische Lehramtsassistenten an einer deutschen höheren Schule vom Reichsversicherungsamt (Entsch. Nr. 1534, Amtl. Nachr. 1911 S. 398) für versicherungspflichtig erklärt worden. — Sind jedoch die Befreiungsgründe der §§ 165, Abs. 2 und 172, Ziffer 1 und 3 nicht gegeben, so unterliegen die in Betrieben oder im Dienste des Reiches oder eines Bundesstaates Beschäftigten und die Lehrer an den öffentlichen Schulen der Versicherungspflicht, es sei denn, daß „ihnen gegen ihren Arbeitgeber ein Anspruch mindestens entweder auf Krankenhilfe in Höhe und Dauer der Regelleistungen der Krankenkassen oder für die gleiche Zeit auf Gehalt, Ruhegeld, Wartegeld oder ähnliche Bezüge im anderthalbfachen Betrage des Krankengeldes gewährleistet ist" (§ 169 RVO.). Es wird also in der Krankenversicherung ein „gewährleisteter Anspruch" vorausgesetzt, während in der Invalidenversicherung nach § 1234 RVO. eine gewährleistete Anwartschaft auf Ruhegeld in einem bestimmten Betrage für die Versicherungsfreiheit genügt. Nach einer Kabinettsorder vom 15. Juni 1863 (Schneider — von Bremen, das Volksschulwesen, 1. Aufl. 1. Band, S. 259), deren Bestimmungen durch Erlaß des Kultusministers vom 18. September 1866 auf die Lehrer Anwendung finden (a. a. O., S. 658), erleiden die Beamten bei Beurlaubungen wegen Krankheit und zur Herstellung der Gesundheit auch für die über 1½ Monate hinausgehende Zeit der unumgänglich notwendigen Abwesenheit vom Amte keinen Abzug vom Gehalt. Diese Vorschrift wird durch die Beamtenbesoldungsgesetzgebung und durch das Lehrerbesoldungsgesetz vom 26. Mai 1909 nicht berührt und ist auch in die in Betracht kommenden Gesetze auf dem Wege der Gesetzgebung nicht aufgenommen worden. Es handelt sich dabei also um Anordnungen mehr dienstpragmatischer Natur und es entsteht die Frage, ob den Beamten und Lehrpersonen an öffentlichen Volksschulen etwa bereits ein Anspruch gegen ihre Arbeitgeber zusteht, wie ihn der § 169 RVO. für die Befreiung von der Versicherungspflicht fordert. Es kann nach dem Wortlaute des § 169 („gewährleistet ist") und bei dem Gegensatze zu § 1234 a. a. O. keinem Zweifel unterliegen, daß der § 169 einen sofort realisierbaren rechtlichen Anspruch verlangt (vgl. auch Kommentar von Hoffmann zur RVO., 2. Aufl., 2. Buch, Anm. 10 auf S. 132). Dieser Aufforderung kann der soeben in seinem Umfange gezeichnete Anspruch aus der Dienstpragmatik — sofern man überhaupt einen Anspruch und nicht eine freiwillige Leistung für vorliegend erachten will — nicht genügen, weil er sich nicht auf eine Bestimmung mit

Digitized by Google

Gesetzeskraft gründet und daher nicht eine rechtliche Verpflichtung des Arbeitgebers darstellt. Der Gehaltsanspruch des Beamten und des Lehrers während eines Krankheitsurlaubes ist nicht dem während ihrer Tätigkeit im Amte gleichzusetzen; beide beruhen zwar auf einem öffentlich-rechtlichen Beamtenverhältnisse (vgl. Klotzsch, Kommentar zum Lehrerbesoldungsgesetz, Berlin 1909 S. 20, Anm. 2a zu § 1 a. a. O.), ohne daß die Streitfrage über die Beamteneigenschaft der Volksschullehrer hier aufgerollt zu werden brauchte, aber der Gehaltsanspruch während der Amtstätigkeit findet in den Besoldungsgesetzen seine Stütze. Die Verpflichtung zur Zahlung des Gehaltes fällt bei dem Beamten dem ihn beschäftigenden Reiche oder Bundesstaate zur Last. Bei dem Lehrer trifft sie den Schulverband, in dessen Bezirk der Lehrer Anstellung gefunden hat; denn sein Anspruch auf das Diensteinkommen, soweit es in barem Gelde besteht, richtet sich nur gegen den Schulverband, nicht gegen Dritte, die dem Schulverbande zur Leistung von Besoldungsbeiträgen oder Fremdenschulgeld verpflichtet sind (vgl. Entsch. des preuß. OVG. vom 30. April 1907, Band 50 S. 16).

Soll also für die Beamten und Lehrer an öffentlichen Schulen Versicherungsfreiheit gemäß § 169 RVO. erreicht und dem Staate und den Schulverbänden wie den zu befreienden Personen die Zahlung der Kassenbeiträge erspart werden, so muß der Arbeitgeber des Beamten und des Lehrers, Reich, Staat oder Schulverband, diesem durch rechtsverbindlichen Beschluß den Anspruch mindestens entweder auf Krankenhilfe in Höhe und Dauer der Regelleistungen der Krankenkassen oder für die gleiche Zeit auf Gehalt, Ruhegeld, Wartegeld oder ähnliche Bezüge im anderthalbfachen Betrage des Krankengeldes gewährleisten. Das war für die in Betrieben und im Dienste des Reiches oder eines Bundesstaates Beschäftigten so unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes (vgl. § 3); in Preußen waren durch übereinstimmende Erlasse der Ressortchefs den im Bereiche ihrer Verwaltung beschäftigten Beamten die in § 3 KVG. für die Versicherungsfreiheit vorausgesetzten Bezüge eingeräumt (vgl. z. B. die Erlasse des Handelsministers vom 1. Juli 1893 und vom 19. April 1904, H. M.Bl. S. 108). Das ist für Beamte und Lehrpersonen öffentlicher Volksschulen mit dem Inkrafttreten des 2. Buches der Reichsversicherungsordnung (mit geringen Abweichungen in der Art und dem Umfange des zu gewährleistenden Anspruches) nicht anders geworden. Und für die Staatsbeamten hat das Preußische Staatsministerium die Schlußfolgerungen daraus bereits gezogen und durch Erlaß vom 16. Dezember 1913 die einzelnen Minister ermächtigt, für ihr Ressort einen entsprechenden Beschluß zu fassen und zu veröffentlichen. Für das Gebiet der Handels- und Gewerbeverwaltung ist die Vorbedingung für die Versicherungsfreiheit der Beamten durch Verfügung des Handelsministers vom 27. Dezember 1913 (H. M.Bl. 1914, S. 11) für den Bereich der allgemeinen Bauverwaltung durch Erlaß des Ministers der öffentlichen Arbeiten vom gleichen Tage (Min.-Bl. f. das. inn. Verw. 1914, S. 6) erfüllt worden. Aufgabe der Schulverbände ist es nunmehr, einen entsprechenden Beschluß für die an ihren Schulen endgültig oder einstweilig angestellten oder auftrags- oder vertretungsweise beschäftigten Lehrer und Lehrerinnen zu fassen. Die Beamten und Lehrpersonen sind den Krankenkassenvorständen vorläufig anzumelden, solange ein Beschluß in dem erwähnten Sinne nicht zustande gekommen ist. Den auf diese Weise von der Versicherungspflicht befreiten Personen steht im Falle der Erkrankung nun nicht etwa ein doppelter Anspruch auf Gehalt und auf die im Beschlusse festgesetzte Leistung zu: bei dem unter Fortbezug des vollen Gehaltes beurlaubten Beamten aus dem einfachen Grunde nicht, weil der vom Ressortchef durch Beschluß gewährleistete Anspruch mit der Gehaltsforderung nach der Dienstpragmatik identisch ist. Für den Fall, daß die Dienstbezüge eines Beamten von vornherein oder nach Fortfall oder Verminderung infolge von Amtssuspension, Kündigung oder ähnlichen Ursachen den gewährleisteten Betrag nicht

Digitized by Google

erreichen, ist für das Gebiet der Handels- und Gewerbeverwaltung die Regelung getroffen worden, daß getreu dem die Versicherungsgesetzgebung beherrschenden Grundsatze, den Versicherten gegen den Ausfall an Lohn oder Gehalt zu schützen, der durch Verminderung der Dienstbezüge eintretende Fehlbetrag als Zuschuß zu geben ist. Anders liegt die Sache bei dem Lehrpersonal öffentlicher Schulen. Ist hier vom Schulverbande der die Versicherungsfreiheit herbeiführende Beschluß gefaßt worden, so geht hiermit für den Lehrer oder die Lehrerin ein etwa auf der Dienstpragmatik beruhender Anspruch auf Gehaltszahlung während der Krankheit verloren; denn der Lehrer ist durch den Beschluß für alle Fälle der Krankheit gegen Gehaltsausfall geschützt. Für den Lehrer kann also die oben erwähnte Kabinettsorder vom 15. Juni 1863 keine Bedeutung mehr haben. Es kann nicht bestritten werden, daß die §§ 165 ff. RVO. den Schulverbänden in der Zukunft eine recht erhebliche finanzielle Mehrbelastung bringen können. Denn der Schulverband muß nunmehr für den an seiner Schule angestellten und erkrankten Lehrer auch dann mit Gehaltszahlungen oder ähnlichen Leistungen nach § 169 RVO. eintreten, wenn dessen Dienstbezüge infolge von Amtssuspension, Kündigung oder anderen Ursachen sich vermindern oder sogar wegfallen. Unter der Geltung der alten Gesetzgebung lag in solchen Fällen wohl die aus § 3 KVG. fließende Verpflichtung für Reich und Staat vor, ihren Beamten den Gehaltsausfall zu ersetzen, nicht aber für den Schulverband.

Wie steht es schließlich mit den ebenfalls im § 169 a. a. O. erwähnten Angestellten der Gemeindeverbände und der Gemeinden? Auch sie sind, wenn ihr Jahresarbeitsverdienst 2500 M. an Entgelt nicht übersteigt oder sie nicht lediglich für ihren Beruf ausgebildet werden, im allgemeinen versicherungspflichtig; auch für sie tritt Versicherungsfreiheit ein, wenn ihnen von ihrem Arbeitgeber der Anspruch des § 169 RVO. gewährleistet ist. Da jedoch ihr Dienstverhältnis regelmäßig auf einem Vertrage beruht, in dem auch nähere Bestimmungen über die Dienstbezüge aufgenommen sein werden, so ist ihnen zumeist in rechtsverbindlicher Form ein Anspruch auf Gehalt während einer Krankheit auch über den anderthalbfachen Betrag des Krankengeldes hinaus, zugesichert. Trotzdem wird auch für sie die Abfassung eines Beschlusses der Gemeindeorgane verlangt werden müssen, in dem ihnen der Anspruch des § 169 a. a. O. gewährleistet wird. Denn auch für die Kommunalbeamten kann der Fortfall oder die Verkürzung der Dienstbezüge infolge von Amtssuspension, Kündigung oder ähnlichen Ursachen in Frage kommen; für den Eintritt eines derartigen Falles wird ihnen unzweifelhaft nicht im Dienstvertrage oder in der Anstellungsurkunde Gehalt zugesichert sein. Die Gewährleistung des Anspruches nach § 169 hat, wie auch Hoffmann im Preuß. Verw. Bl., Jahrg. 34 S. 493, 494 ausgeführt hat, nur eine beschränkte, finanzielle Bedeutung; „sie kann nur praktisch werden, wenn bei der Versetzung in den Ruhestand" (oder bei Kündigung) „Krankheit vorliegt und die Pension geringer ist als die im § 169 a. a. O. vorgeschriebenen Beträge oder mangels Pensionsberechtigung nicht gewährt wird. Außerdem könnte sie praktische Bedeutung gewinnen, wenn wegen Einleitung eines Disziplinar- oder Strafverfahrens die vorläufige Enthebung vom Amte mit Einstellung der Gehaltszahlung angeordnet wird." (Hoffmann a. a. O.). Diese Fälle lassen sich noch vermehren; und gerade um bei ihrem Eintreten den Kommunalbeamten gegen Gehaltsausfall zu sichern, wird eine entsprechende Veränderung des Dienstvertrages (in der Weise, daß dem Kommunalbeamten für jeden Fall der Krankheit während seiner Dienstleistung für die Kommune oder binnen drei Wochen nach dem Ausscheiden bei Erwerbslosigkeit Gehalt, Ruhegeld, Wartegeld oder ähnliche Bezüge im anderthalbfachen Betrage des Krankengeldes zugesichert werden) oder die sonstige Gewährleistung des Anspruches gemäß § 169 RVO. vorgenommen werden müssen. —

In einer soeben bekannt gewordenen Entscheidung vom 9. Januar 1914 (vgl. Zentralblatt für die gesamte Unterrichtsverwaltung,

Digitized by Google

1914, Heft 3, S. 289 ff.) sieht auch das Oberverwaltungsgericht die Kabinettsorder vom 15. Juni 1863 nicht als Rechts-, sondern nur als Verwaltungsordnung an, die lediglich eine Anweisung an die Verwaltungsbehörden und keine zwingende Rechtsnorm enthalte.

Statistisches über die Neuwahl der Krankenkassenorgane.

Von Friedrich Kleeis in Halle a. d. S.

Die Reichsversicherungsordnung brachte bekanntlich eine einschneidende Veränderung der inneren Organisation der Krankenkassen. Die mannigfachen Neuerungen geben der Kassenverwaltung ein anderes Gepräge. Das blieb auch auf die vraufgegangenen Wahlen der Kassenorgane nicht ohne Wirkung. Dazu kommt, daß die Wahlen selbst auf anderer Grundlage stattzufinden hatten, da für sie das Verhältnisverfahren obligatorisch vorgeschrieben ist. Die eigenartigen Einrichtungen dieses Verfahrens ließen dort, wo sich sonst mehrere Parteien an dem Wahlkampf beteiligten, diesen zu einer bisher ungekannten Lebendigkeit entbrennen, dagegen dort, wo eine Partei unbestrittene Beherrscherin der Situation ist oder die Parteigegensätze noch nicht sehr ausgebildet sind, die Wahl spurlos vorübergehen. So zeigten die Wahlen ein gänzlich anderes Bild als seither.

Trotz der Vielgestaltigkeit der mit den Wahlen zusammenhängenden Vorgänge habe ich es unternommen, über die dabei gesammelten Beobachtungen eine Umfrage zu veranstalten. Es ergab sich aber, daß die unerläßlichen Voraussetzungen, die zu einer brauchbaren Statistik nötig sind, nämlich die eigenen ziffernmäßigen Feststellungen der Kassen über die Vorgänge selbst, nicht immer vorhanden waren. Das ist erklärlich nach den gesamten unklaren und ungeordneten Verhältnissen, die zur Zeit der Wahl bestanden und die erst nach und nach eine Grundlage und Regelung finden müssen. Immerhin konnten eine Anzahl wichtiger Erscheinungen ziffernmäßig festgestellt werden. Das Ergebnis der Umfrage erstreckt sich auf 420 Allgemeine Ortskrankenkassen mit rund 3 Millionen Mitgliedern. Diese Mitglieder machen annähernd ⅓ der überhaupt in Ortskrankenkassen versicherten Mitglieder aus. Schon hieraus geht hervor, daß es sich bei der Uebersicht vorwiegend um die großen Ortskrankenkassen in den großen Städten handelt.

Nach § 10 der amtlichen Musterwahlordnung hat dann, wenn auf gültigen Wahlvorschlägen im ganzen nur so viele wählbare Bewerber benannt werden, wie Vertreter zu wählen sind, eine Wahl überhaupt nicht stattzufinden. Die Vorgeschlagenen gelten dann ohne weiteres als gewählt. Es war vorauszusehen, daß dieser Fall häufig eintritt. Nach unseren Feststellungen verlief bei 85 Kassen von den 420 die Wahl aller Kassenorgane *ohne* jede Abstimmung. Dabei ist nochmals hervorzuheben, daß es sich ja bei unseren Untersuchungen vorwiegend um die großen Kassen handelt. Bei kleinen Kassen kommt es noch viel häufiger vor, daß die Wahlhandlung unterbleibt. Man wird annehmen können, daß mindestens bei einem Drittel der gesamten 2800 Ortskrankenkassen des Deutschen Reiches die offizielle Wahl nicht stattfand. Naturgemäß kam es viel häufiger vor, daß die Unternehmer allein eine Wahl unterließen. Nach der Erhebung fand bei 205 Kassen von den 420 eine Wahl der Vertreter der Unternehmer für den Ausschuß nicht statt. Ueberträgt man diese Beobachtung auf die gesamten Ortskrankenkassen, so kann wohl gesagt werden, daß bei etwa ¾ derselben die offizielle Wahl der Ausschußvertreter der Arbeitgeber unterblieb. Noch weit öfter kam es vor, daß die besondere Wahl der Vorstandsmitglieder unterblieb. Genaue Ziffern fehlen uns hierüber; man kann aber be-

Digitized by Google

haupten, daß bei mindestens $^2/_3$ aller Kassen sowohl für die Versicherten-, als auch für die Arbeitgeber-Vertreter im Vorstand nur je ein einziger Wahlvorschlag eingereicht worden war. Für die Gruppe der Arbeitgeber allein war dieser Fall noch häufiger zu verzeichnen. Das ist auch sehr erklärlich. Hat bereits die Wahl der Vertreter für den Ausschuß stattgefunden, so sind dadurch die Kräfte der einzelnen Wählergruppen (Parteien) gemessen worden. Auf Grund der Zahl der Vertreter, die je die Wählergruppe erhalten hat, läßt sich leicht berechnen, wieviel jede dieser Gruppen Vertreter in den Vorstand erhält. Die Vornahme einer formgerechten Wahl „trotzalledem" wäre nur ein unnützer Apparat. Die Beobachtung hat denn auch gezeigt, daß selbst dort, wo bei der Wahl der Ausschußmitglieder die grundsätzlichen Anschauungen der einzelnen Wählergruppen auf das heftigste aufeinandergeplatzt waren, doch bei der Wahl der Vorstandsvertreter eine Einigung und Verständigung über die Einreichung einer einzigen Vorschlagsliste zustande kam. Letzten Endes siegt auch bei diesem Wahlgetriebe immer nur jene Maßnahme bei den einzelnen Parteien, die eigenen Vorteil verspricht. Und das ist in diesem Falle die Aussicht, möglichst wenig Wahlarbeit zu haben. Aber selbst dort, wo eine Wahl der Ausschußmitglieder nicht stattgefunden hat, läßt sich über die gemeinsame Besetzung des Vorstandes, da hier ein geringerer Personenkreis in Frage kommt, leicht eine Einigung erzielen. Natürlich kamen auch von allen diesen Regeln manche Ausnahmen vor. So fand z. B. in Harburg keine Wahl der Versichertenvertreter statt, aber eine solche der Arbeitgebervertreter, weil sich die Unternehmer über die vorzuschlagenden Personen nicht einigen konnten. In Neumarkt in Schlesien und Rußdorf hatten die Unternehmer rechtzeitig überhaupt keine Liste eingereicht, so daß die nötige Zahl ihrer Vertreter von der Behörde ernannt werden mußten.

Beide Gruppen unterließen eine Wahl für Ausschuß und Vorstand in Görlitz (15 000 Mitgl.), Heilbronn (12 000 Mitgl.), Lichtenberg (17 500 Mitgl.), Lübeck (27 000 Mitgl.), Neukölln (24 000 Mitgl.), Pirna (5300 Mitglieder), Sonneberg i. Th. (12 000 Mitgl.), Spandau (12 000 Mitgl.), Stendal (5000 Mitgl.), Bromberg, Forst i. L. Von den großen Kassen, bei denen eine Wahl von den Unternehmern nicht vorgenommen wurde, seien erwähnt: Bamberg (15 000 Mitgl.), Allgemeiner Ortskrankenkasse Berlin (250 000 Mitgl.), Bremen (51 000 Mitgl.), Barmen, Charlottenburg, Cottbus, Dortmund, Düsseldorf, Jena, Kattowitz, Lüdenscheid, Ludwigsburg, Ludwigshafen, Magdeburg, Mülheim-Ruhr, Neumünster, Nürnberg, Osnabrück, Plauen, Potsdam, Saarbrücken, Speyer, Zittau.

Was zunächst die Frage der Wahlbeteiligung anbetrifft, so ist zu bemerken, daß die allermeisten Kassen außer der Zählung der abgegebenen Stimmen weitere Feststellungen nicht getroffen haben. Infolgedessen waren in der Regel die Mitgliederzahlen und die Zahl der Wahlberechtigten gänzlich unbekannt. Das ist nur zu erklärlich, denn als die Wahlen stattfanden, (meist in den letzten Monaten des Jahres 1913), waren die neu der Versicherungspflicht zugeführten Personen noch nicht angemeldet. Durch eine behördliche, im Juli 1913 im Reichsgesetzblatt ergangene Anordnung, wurde zwar die Aufstellung von Wählerlisten angeregt, doch sollte diese nur in der Weise erfolgen, daß sich die Wahlberechtigten selbst zur Eintragung in die Wählerlisten melden sollten. Mit der Verordnung, die erst kam, als vielfach schon die Wahlvorbereitungen getroffen waren, wußten die Kassen nicht recht, was sie anfangen sollten. Man half sich fast überall damit, daß man zwar Listen zur Eintragung auslegte, um der Form zu genügen, daß man aber auch nichteingetragene Wähler zur Wahl zuließ, wenn sie sich genügend ligitimierten. Die Folge war, daß sich nur einige Sonderlinge in die Wählerliste eintragen ließen. Jedenfalls war diese Art Wählerliste nur ein unnötiger Ballast bei der Wahl. Eine andere Praxis aber — Abweisung der Nichteingetragenen — wäre mehr wie eine Härte für die Wahlberechtigten gewesen.

Digitized by Google

Gleichwohl sind bei einer Anzahl von Kassen Feststellungen über die Zahl der Mitglieder und der Wahlberechtigten gemacht worden. Das alles konnte allerdings nur von solchen Kassen geschehen, die seither schon bestanden und weiter zugelassen worden waren, oder die die Wahl erst nach dem 1. Januar 1914 vornahmen oder die solche Feststellungen wegen ihres geringen Umfanges leicht treffen konnten. Ein Teil von größeren Kassen hat auch nach Vornahme von Stichproben solche Feststellungen der „Wissenschaft halber" mehr oder weniger schätzungsweise getroffen. Insgesamt machten 44 Kassen Angaben über das Verhältnis der Mitgliederzahl zu der Zahl der Wahlberechtigten. Zusammen betrugen erstere 688 068, letztere 463 390. Hieraus ergibt sich, daß 67,3 Proz. der überhaupt vorhandenen Mitglieder wahlberechtigt sind. Bei den weiblichen Mitgliedern allein betrug die Zahl der Wahlberechtigten 59,8 Proz. Man ersieht hieraus, daß im Durchschnitt die weiblichen Mitglieder jünger sind, als die männlichen, was sich daraus erklärt, daß viele weibliche Personen mit der Verheiratung aus der Kasse ausscheiden, die Mitgliedschaft aber auch nicht freiwillig fortsetzen. Bei unserer letzten Statistik im Jahre 1912 (vergl. Arbeiter-Versorgung 1912, S. 295) ergab sich, daß 64 Proz. der weiblichen Mitglieder wahlberechtigt waren. Es ist inzwischen also die Zahl der minderjährigen weiblichen Mitglieder noch größer geworden, was seine Ursache darin hat, daß die Reichsversicherungsordnung viele junge Dienstboten der Versicherung zuführte. Eine Anzahl von Kassen machte Angaben nur über die Zahl ihrer Mitglieder (ohne besondere Feststellung der Zahl der Wahlberechtigten), eine Anzahl Kassen gab nicht die Mitgliederzahl, wohl aber die Zahl der Wahlberechtigten an.

Bei den Kassen, bei denen es zu einer wirklichen Wahlhandlung kam, war die Wahlbeteiligung der Wahlberechtigten eine außerordentlich rege. Das ist die natürliche Folge des Verhältniswahlverfahrens. Kommt es doch bei diesem Verfahren nicht darauf an, daß die eine Wählergruppe mit Stimmenmehrheit über die andere siegt, sondern daß jede Gruppe möglichst viel Stimmen und somit möglichst viel Mandate erhält. Die Verhältniswahl hat überall — das war ja ihr Zweck — Gruppen, die von vornherein vermutlich in der Minderheit sind und sich deshalb seither an der Wahl nicht beteiligten, auf den Plan gerufen. Soweit die Klasse der Versicherten in Frage kommt, standen sich meist zwei Listen gegenüber, eine freigewerkschaftliche und eine nationale. In sehr vielen Fällen standen aber auch der freigewerkschaftlichen Liste mehrere andere gegenüber. So gingen häufig die Hirsch-Dunkerschen Gewerkvereinler getrennt vor; in einer Anzahl großer Städte stellten auch die bürgerlichen Frauenorganisationen besondere Listen auf. Als besonderes Charakteristikum kann überhaupt hervorgehoben werden, daß die Beteiligung der Frauen an der Wahl eine außerordentlich rege war.

Bei den 82 Kassen, die ihre Mitgliederzahl angaben, und zwar mit 2 116 192, wurden 665 835 Stimmen abgegeben. Es kamen somit 31,4 Proz. der Mitglieder zur Wahlurne. Bei den 66 Kassen, die mit oder ohne der Mitgliederzahl die Zahl der Wahlberechtigten angab, und zwar mit 716 686, wurden 312 402 Stimmen abgegeben. Es haben demzufolge 43,6 Proz. der Wahlberechtigten ihre Stimme abgegeben. Das ist gegen die früheren Wahlen eine ganz gewaltige Veränderung. Bei der Statistik im Jahre 1912 fanden wir, daß 15,5 Proz. der männlichen und 3,5 Proz. der weiblichen Mitglieder überhaupt sich an der Wahl beteiligen. Auch bei der letzten Wahl war die Beteiligung der Frauen noch geringer als die der Männer denn sie betrug 14,4 Proz. der weiblichen Mitglieder überhaupt und 24 Proz. der weiblichen Wahlberechtigten. Im allgemeinen war zu beobachten, daß bei den großen Kassen die Wahlbeteiligung größer als bei den kleinen war.

Die absolut stärkste Wahlbeteiligung hat München aufzuweisen, wo 83 718 Versicherte und 24 277 Arbeitgeber zur Wahl gingen. Das waren etwa 65 Proz. der wahlberechtigten Versicherten. In Leipzig erschienen 56 503

Digitized by Google

Versicherte (50 Proz. der Wahlberechtigten) und 9743 Arbeitgeber zur Ausübung der Wahl. Die verhältnismäßig stärkste Wahlbeteiligung dürfte in Göppingen gewesen sein, wo von 9131 wahlberechtigten Versicherten 7154, das sind rund 80 Proz., ihr Wahlrecht ausübten. In Kreischa erschienen von 978 wahlberechtigten Versicherten 678, in Braunschweig von 23 000 wahlberechtigten 12 218 oder 52 Proz. Es betrug noch die Wahlbeteiligung der Wahlberechtigten in Erfurt 68 Proz., Höchst 65 Proz., Bremen, Mannheim, Bernburg je 50 Proz., Freiburg i. B. 60 Proz. usw. Eine sehr schwache Wahlbeteiligung war u. a. bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse in Berlin festzustellen, wo kaum 10 Proz. der Wahlberechtigten zur Wahl erschienen.

Die Beschränkung der Zahl der Ausschußmitglieder hat eine einschneidende Wirkung gehabt. Die 342 Kassen, von denen über die Zusammensetzung des Ausschusses Mitteilungen vorlagen, hatten 11 846 Versicherten- und 5923 Arbeitgeber-Vertreter. Es entfallen demnach im Durchschnitt auf die einzelne Kasse etwa 36 Versicherten- und 18 Arbeitgeber-Vertreter. Im Jahre 1912 fanden wir bei unserer Statistik, daß auf eine Kasse im Durchschnitt 218 Generalversammlungsvertreter entfielen. Gegenwärtig haben nur die ganz großen Kassen in den Großstädten die Höchstzahl von 90 Ausschußmitgliedern eingeführt. Die kleinen und mittleren Kassen haben eine viel geringere Zahl angenommen. So zählt der ganze Ausschuß zusammen Mitglieder in Bitterfeld 18, Hohenlimburg 24, Lüdenscheid 27, Bochum (Land) 30, Bayreuth (Land) 24.

Ueber die Zusammensetzung des Kassenvorstandes war festzustellen, daß diesem bei 150 Kassen zusammen 1164 Vertreter der Versicherten und 582 Vertreter der Arbeitgeber angehören. Es entfallen demnach im Durchschnitt auf jede Kasse 7 bis 8 Vertreter der Versicherten und 3 bis 4 Vertreter der Arbeitgeber. Nach der Statistik vom Jahre 1912 entfielen im Durchschnnit auf jede Kasse 12,7 Vorstandsmitglieder. Es ist demnach auch der Umfang des Kassenvorstandes kleiner geworden. Das ist zum Teil darauf zurückzuführen, daß die Einrichtung des früheren § 38 Abs. 2 KVG. aufgehoben worden ist, wonach die Zusammensetzung der Kassenorgane entsprechend dem Verhältnis der von den Arbeitgebern und den Versicherten aufgebrachten Gesamtsumme der Beiträge zu geschehen hat. Bei einer Anzahl Kassen war daher die Zahl der Vertreter der Versicherten größer als zwei drittel der Gesamtzahl der Vorstandsmitglieder.

Ueberträgt man die Feststellungen über den Umfang der Kassenorgane auf sämtliche überhaupt vorhandene 2800 Ortskrankenkassen, so ergibt sich, daß bei diesen rund 100 500 Vertreter der Versicherten und 51 250 Vertreter der Arbeitgeber, zusammen 151 750 Mitglieder überhaupt in den Ausschüssen vorhanden sind. In den Vorständen aller Ortskassen sind demnach etwa 20 000 Vertreter der Versicherten und 10 000 Vertreter der Arbeitgeber, zusammen 30 000 Mitglieder überhaupt vorhanden. Das sind trotz der Einführung der Reichsversicherungsordnung noch ganz respektable Ziffern.

Ein besonderes Kennzeichen der Wahlen ist, daß ihr Ergebnis in außerordentlich viel Fällen angefochten wurde. Man kann sagen, daß bei etwa einem Fünftel der Kassen, die eine offizielle Wahlhandlung stattfinden ließen, es zu Beschwerden über angebliche Unregelmäßigkeiten kam. Sehr häufig wurde der Beschwerde auch stattgegeben, und eine nochmalige Wahl angeordnet. Das war z. B. der Fall bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen in Gotha (weil in der Einladung zur Wahlhandlung zwar der Beginn, aber nicht auch der Schluß angegeben war), Saalfeld-Thüringen (weil nicht eine Liste der Wahlberechtigten aufgestellt worden war) Grimma (weil an der Wahl Kassenmitglieder teilgenommen hatten, die vom 1. Januar ab einer anderen Kasse zugeteilt worden waren), Breslau (weil viele Mitglieder, die keine Bescheinigung hatten, von der Wahl zurückgewiesen worden waren), Hagen i. W., (weil nur ein kleines Wahllokal für 6000 Wähler

Digitized by Google

bestimmt worden war und unzählige Wähler daher das Wahlrecht nicht ausüben konnten), Raundorf (weil das Versicherungsamt eine Vorschlagsliste zurückgewiesen hatte, zu der erst nachträglich eine fehlende Unterschrift beschafft worden war), Johanngeorgenstadt, Karlsruhe (weil die Stimmzettel kenntlich waren), Löbau (Schreibfehler in der Wahlbekanntmachung) usw. Es ist sogar nicht selten vorgekommen, daß eine Wahl nicht nur zwei, sondern noch mehrere Male stattfinden mußte. So wurden in Schirgiswalde dreimal Ausschußmitgliederwahlen, in Bautzen dreimal Vorstandsvertreterwahlen vorgenommen. In der Regel handelte es sich dabei um die Wahlen der Versicherten-Vertreter. Das hat zunächst seinen Grund in der Kompliziertheit des Wahlverfahrens. Die einschlägigen Vorschriften sind besonders für die einfachen Arbeiter viel zu unverständlich. Dazu kommt, daß sie vielfach verschiedener Auslegung fähig sind und den Stellen, die sie durchführen sollen, einen großen Spielraum in der Anwendung geben. So ist es nichts seltenes, daß eine Maßnahme, die von dem einen Kassenvorstand oder Wahlleiter gebilligt, von dem anderen verworfen wurde. Die Widersprüche werden hoffentlich bei Wiederholung der Wahlen und nachdem über manche der Streitfragen Entscheidungen vorliegen, unterbleiben. Ein weiterer Grund für die vielfachen Anfechtungen der Wahlergebnisse ist darin zu suchen, daß die Wahlagitationen mit einer außerordentlichen Heftigkeit und Leidenschaft betrieben worden sind. Diese Erscheinungen lassen Unzulässigkeiten leichter aufkommen, wie sie auch die Meinungen zeitigen, daß Mißerfolge an Unregelmäßigkeiten der erfolgreichen Gruppe oder der Walleiter liegen.

Manche der Lehren, die bei dieser erstmaligen „Wahl auf der ganzen Linie" gesammelt wurden, werden bei den nächsten Wahlen nutzbringend verwertet werden, so daß die Wahlhandlung glatter und sicherer von statten geht.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

§ 1277 Abs. 2 Satz 2 RVO. gilt auch, wenn nur ein in der Revisionsinstanz erlassenes Urteil angefochten wird. Ist kein zulässiger Wiederaufnahmegrund angegeben, so gilt § 1727 Abs. 1.

Rev.Entscheidung des Reichsversicherungsamts v. 20. Oktober 1913.

Nach § 1727 Abs. 1 der RVO. entscheidet über den Wiederaufnahmeantrag die Spruchstelle, deren Urteil angefochten ist. Nach Abs. 2 Satz 2 a. a. O. entscheidet aber an Stelle des Reichsversicherungsamts (Landesversicherungsamts) das Oberversicherungsamt, wenn ein in der Revisionsinstanz erlassenes Urteil auf Grund des § 1723 Nr. 1, 2, 5 oder 6 RVO. angefochten wird. Bezieht sich Satz 2 a. a. O. nur auf Satz 1 a. a. O., so findet er nur Anwendung, wenn mehrere, von Spruchstellen verschiedener Ordnung erlassene Urteile angefochten sind: andernfalls gilt er auch dann, wenn nur ein in der Revisionsinstanz erlassenes Urteil auf Grund des § 1723 Nr. 1, 2, 5 oder 6 RVO. angefochten wird. Die äußere Zusammenfassung der Sätze 1 und 2 in einen Absatz spricht allerdings für die Entscheidung der Frage im ersteren Sinne. Der Wortlaut des Satzes 2 als solcher und innere Gründe rechtfertigen indessen die andere Auffassung. In letzterer Beziehung ist hervorzuheben, daß Satz 2 a. a. O. in Abweichung von der bisherigen Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts (vgl. Revisionsentsch. 260, Amtl. Nachr. des RVA J. u. AV. 1893 S. 108) sich dem § 584 Abs. der Zivilprozeßordnung anschließt (vergl. auch Lehmann, Kommentar zur RVO. Anm. 6 zu § 1727). Danach entscheidet in allen Fällen das Berufungsgericht, wenn ein in der Revisionsinstanz erlassenes Urteil auf Grund des § 580 Nr. 1 bis 3, 6, 7 also in den dem § 1723

Digitized by Google

Nr. 1, 2, 5, 6 RVO. entsprechenden Fällen angefochten wird. Es handelt sich hier wie dort um Anfechtungsgründe, die sich auf Tatfragen beziehen und deshalb der Beurteilung des Revisionsgerichts entzogen werden sollten. Das gilt aber nicht nur, wenn gleichzeitig ein Revisionsurteil und ein Berufungsurteil, sondern ebenso, wenn nur ein Revisionsurteil angefochten ist. Lediglich im Rekursverfahren gilt dies nicht; deshalb findet § 1727 Abs. 2 Satz 2 auch auf die in der Rekursinstanz erlassenen Urteile keine Anwendung.

Ist hiernach die Anwendung des § 1727 Abs. 2 Satz 2 im vorliegenden Falle nicht schon deshalb ausgeschlossen, weil nur das Urteil des Revisionsgerichts vom 29. April 1908 angefochten ist, so läßt sich doch nicht feststellen, daß diese Anfechtung auf Grund des § 1723 Nr. 1, 2, 5 oder 6 erfolgt ist, da die Klägerin trotz mehrfacher Befragung einen nach den Vorschriften über die Wiederaufnahme des Verfahrens zulässigen Anfechtungsgrund überhaupt nicht angegeben hat und ein solcher auch nicht ersichtlich ist. Es gilt daher die Regel des § 1727 Abs. 1, wonach die Spruchstelle, deren Urteil angefochten ist, über den Wiederaufnahmeantrag zu entscheiden hat. Dieses Ergebnis steht auch mit dem Grundgedanken des § 1727 Abs. 2 Satz 2 nicht im Widerspruch, weil die Prüfung eines Anfechtungsgrundes überhaupt nicht in Frage kommt. Demnach ist das Reichsversicherungsamt zur Entscheidung über den Wiederaufnahmeantrag zuständig.

In der Sache selbst war die Verfügung des Senatsvorsitzenden vom 25. April 1913 lediglich zu bestätigen, da die Klägerin keinen der in den §§ 1722, 1723 RVO. angeführten Anfechtungsgründe geltend gemacht, sondern nur eine nochmalige Prüfung ihres rechtskräftig abgelehnten Rentenanspruchs verlangt hat.

B. Zur Krankenversicherung.

Ausführungsbestimmungen zum Berliner Abkommen zwischen Krankenkassen und Aerzten (ArbVers. S. 50 ff; vergl. S. 197).

Erlaß des preuß. Ministers für Handel und Gewerbe vom 20. März 1914 (HMBl. S. 151).

Der Erlaß teilt neue, zwischen den beteiligten Verbänden der Aerzte und der Krankenkassen vereinbarte Ausführungsbestimmungen dem Regierungspräsidenten mit dem Ersuchen mit, die Versicherungsämter im Sinne der Nr. 2 Abs. 2 dieser Bestimmungen mit Anweisung zu versehen. Die Bestimmungen lauten:

1. Die nach Nr. 11 Abs. 3 des Berliner Abkommens von den Kassen bewilligten Zuschläge von jährlich 5 Pfennig zum Arzthonorar sowie die von den Aerzten zugestandenen Abzüge vom Arzthonorar in Höhe von jährlich 10 Pfennig auf den Kopf der Versicherten sind bei Auszahlung der Arzthonorare von der Kasse zurückzubehalten und vierteljährlich an die Königliche Seehandlung (Preußische Staatsbank) in Berlin abzuführen, wo sie, soweit sie nicht sofort für Abfindungen verwendet werden, verzinslich anzulegen sind.

Der Berechnung dieser Beträge ist die Durchschnittszahl der innerhalb der vorausgehenden 3 Monate bei der Kasse Versicherten zu Grunde zu legen. Zur Ermittelung der Durchschnittszahl werden die monatlichen Mitgliederzahlen aus den nach Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 9. Oktober 1913 aufzustellenden Nachweisungen für die letzten 3 Monate zusammengezählt und durch 3 geteilt. Die Vervielfältigung der hiernach errechneten Zahl mit $^{15}/_{4}$ Pfennig ergibt den für das Vierteljahr abzuführenden Betrag, der jeweils am 15. Januar, 15. April, 15. Juli und 15. Oktober fällig ist.

Im laufenden Jahre 1914 sind die Beträge für die beiden ersten Vierteljahre zusammen bis zum 15. Juli abzuführen.

Sobald aus den von den Aerzten bewilligten Abzügen von jährlich 10 Pfennig vom Arzthonorar die dem Leipziger Verbande nach dem Berliner Abkommen zufallende Hälfte der Abfindungskosten gedeckt ist, sind von den Kassen nur noch die Zuschläge von 5 Pfennig zum Arzthonorar abzuführen. Der abzuführende Betrag ergibt sich dann aus der Vervielfältigung der Durchschnittszahl mit $^{5}/_{4}$ Pfennig.

2. Für die Aufstellung und Führung der Listen über die an dem Abkommen beteiligten Kassen und für die Buchung der von ihnen geleisteten Zahlungen wird gemeinschaftlich von den Kassenverbänden und dem Leipziger Aerzteverband eine Verwaltungsstelle er-

Digitized by Google

richtet werden, der es auch obliegt, den Kassen die Aufforderung zur Zahlung der Beträge zuzustellen.

Die Bundesregierungen werden gebeten werden, die Versicherungsämter anzuweisen, für ihren Bezirk die Verwaltungsstelle bei Ermittelung der Mitgliederzahl der Krankenkassen und bei der Einziehung der fälligen Beträge zu unterstützen.

3. Die Einzahlungen bei der Königlichen Seehandlung erfolgen auf das dort zu eröffnende Konto der Krankenkassenbeiträge für Arztabfindungen und können der Seehandlung mittels Postanweisung, Postschecks oder Banküberweisung zugeführt werden. Anweisungen auf den Abfindungsfonds werden durch je einen vom Vorsitzenden des Zentralausschusses bezeichneten Vertreter der Kassenverbände und des Leipziger Verbandes gemeinschaftlich vollzogen. Sie dürfen nur schriftlich erteilt werden und müssen jeweils von den beiden genannten Vertretern, deren Unterschrift der Königlichen Seehandlung mitzuteilen ist, unterzeichnet sein. Von jeder Aenderung in der Person eines Zeichnungsberechtigten ist die Königliche Seehandlung durch den Vorsitzenden des Zentralausschusses unter Einreichung einer Unterschriftprobe des oder der neuen Zeichnungsberechtigten unverzüglich zu benachrichtigen. Derartige Mitteilungen müssen, um der Königlichen Seehandlung gegenüber wirksam zu sein, vom Vorsitzenden des Zentralausschusses unterschrieben und mit dem Stempel des Reichsamt des Innern beglaubigt sein.

4. Die Verhandlungen mit den zugezogenen auswärtigen Aerzten über die Abfindungen werden vom Leipziger Aerzteverband oder seiner örtlichen Vertretung unter Mitwirkung der beteiligten Kassen geführt.

Die vereinbarten Abfindungsbeträge und Gehälter werden durch den Leipziger Aerzteverband ausbezahlt, der auch die Rechnung darüber führt, und ihm dann aus dem bei der Königlichen Seehandlung angesammelten Abfindungsfonds zurückerstattet.

Von den Kassenverbänden und dem Leipziger Aerzteverbande wird ein gemeinschaftlicher Prüfungsausschuß bestellt, der das Recht hat, das Geschäftsgebaren der Verwaltungsstelle zu prüfen, und jährlich eine Uebersicht über den Stand des Abfindungsfonds aufstellt, die den beteiligten Verbänden mitzuteilen ist.

Ergeben sich im Prüfungsausschusse Meinungsverschiedenheiten, so ist die Sache dem Zentralausschusse zu unterbreiten.

Vorschüsse der Gemeindeverbände an Krankenkassen (EG. z. RVO. Art. 16).

Erlaß der preuß. Minister für Handel usw., für Landwirtschaft usw. und des Innern an die Oberversicherungsämter vom 24. März 1914 (HMBl. S. 152).

Der Erlaß allgemeiner Bestimmungen zur Ausführung des Art. 16 des Einführungsgesetzes zur Reichsversicherungsordnung ist nach den angestellten Erhebungen nicht erforderlich. Sofern sich die Notwendigkeit ergeben sollte, in einzelnen Fällen wegen der Leistung von Vorschüssen der Gemeindeverbände an neu errichtete Orts- oder Landkrankenkassen sowie wegen Rückerstattung der Vorschüsse näheres zu bestimmen, ermächtigen wir Sie, die erforderlichen Anordnungen zu treffen.

Die Königlichen Oberversicherungsämter haben Abdruck erhalten.

Ist die Versicherungsberechtigung derjenigen erloschen, die schon vor dem 1. Januar 1914 mehr als 4000 Mk. Einkommen hatten?

Beschluß des Württ. Oberversicherungsamts v. 23. März 1914.

Das Oberversicherungsamt verneint die Frage, verweist aber die Sache nach §§ 1799, 1693 RVO. an das Reichsversicherungsamt.

In der vorliegenden Streitsache ist darüber Entscheidung zu treffen, ob ein nach altem Recht begründetes freiwilliges Versicherungsverhältnis durch die in § 314 Abs. 2 RVO. vorgeschriebene Mitteilung des Kassenvorstandes auch dann erlischt, wenn zwar diese Mitteilung unter der Herrschaft des neuen Rechts, die Ueberschreitung der Einkommensgrenze von 4000 M. aber schon vor dem Inkrafttreten des neuen Rechts eingetreten ist. Der Beschlußausschuß des Versicherungsamts Besigheim hat diese Frage in seiner am 28. Januar d. J. gemäß § 405 Abs. 2 RVO. ergangenen Entscheidung nach der Ansicht der Beschlußkammer aus zutreffenden Gründen verneint. K. war vom Jahre 1877 bis 28. Februar 1913 ununterbrochen bei der Firma R. & Co. beschäftigt. Er hat der von der Firma errichteten Betriebskrankenkasse bis zum Jahre 1892 als versicherungspflichtiges und von da ab mit dem Ueberschreiten der Gehaltsgrenze von 2000 M. gemäß § 64 in Verbindung mit § 27 KVG. als freiwilliges Mitglied angehört und

Digitized by Google

diese Mitgliedschaft auch nach seinem Ausscheiden aus den Diensten der Firma bis in die neueste Zeit fortgesetzt. Dies war zweifellos zulässig auch nach Ueberschreiten der Gehaltsgrenze von 4000 M., denn das RVG. kannte eine Höchstgehaltsgrenze für die Berechtigung zur freiwilligen Weiterversicherung nicht. Die vom Kassenvorstand am 9. Januar d. J. nach § 314 Abs. 2 RVO. ausgesprochene Kündigung hat zur Voraussetzung, daß die bis 31. Dezember v. J. zu Recht bestandene freiwillige Mitgliedschaft des K. durch die Bestimmung des § 178 RVO. zum Erlöschen gebracht worden ist. Nun ist aber das Ereignis der Ueberschreitung der Einkommensgrenze von 4000 M. lange vor dem 1. Januar 1914 eingetreten, ohne daß es nach dem damals geltenden Recht den Verlust der freiwilligen Mitgliedschaft nach sich gezogen hätte. Sollte nun durch die Bestimmung des § 178 in zur Zeit seines Inkrafttretens bestehende, wohlerworbene Rechte eingegriffen werden? Irgendwelche besondere Gründe, die eine derartige ausnahmsweise Rückwirkung des Gesetzes rechtfertigen würden, lassen sich weder aus dem Gesetze selbst noch aus der Begründung noch aus den Reichstagsverhandlungen entnehmen. Hätte das Erlöschen der Versicherungsberechtigung auch in den Fällen bewirkt werden wollen, in denen das Einkommen der Versicherten schon vor dem 1. Januar 1914 den Betrag von 4000 M. überstieg, so hätte sich das Gesetz wohl kaum darauf beschränkt, das Erlöschen der bisher bestandenen Versicherungsberechtigung auf dem unmittelbaren Wege des § 314 der RVO. zu bewirken, es wäre vielmehr die rückwirkende Kraft eines solchen Versicherungsausschlusses sicher in positiver Form ausgesprochen werden. Diese Anschauung wird geteilt von Hahn in Arb.-Vers. 1912 S. 25 ff. und von Mayer daselbst 1913 S. 836. Eine ähnliche Streitfrage bestand übrigens anläßlich des Inkrafttretens der Novelle zum RVG. vom 10. April 1892 hinsichtlich der Rückwirkung der §§ 4 Abs. 2, 19 Abs. 2 und 63 Abs. 2 RVG., wonach Personen mit einem jährlichen Gesamteinkommen von mehr als 2000 M. vom freiwilligen Beitritt zur RV. ausgeschlossen waren. Das K. Württ. Ministerium des Innern hat sich damals im Einverständnis mit dem Reichsamt des Innern auf den Standpunkt gestellt, daß diesen Bestimmungen eine rückwirkende Kraft auf die vor dem 1. Januar 1893 beigetretenen Personen nicht zukommen könne (Erlaß vom 26. 1. 1893 Nr. 1263, Amtsbl. S. 17 und Schicker, RVG. Anm. 9 zu § 63 S. 325). Die Beschlußkammer gelangt zu dem Ergebnis, daß das freiwillige Versicherungsverhältnis des K. zu der Betriebskrankenkasse der Firma R. & Co. auch heute noch zu Recht besteht. Da nun eine grundsätzliche Entscheidung des Reichsversicherungsamts über die Anwendbarkeit der §§ 178, 314 Abs. 2 noch nicht ergangen zu sein scheint und die von uns vertretene Rechtsauffassung nicht allgemein geteilt wird (vergl. Hoffmann Anm. 2, zu § 178 S. 148 und Heinemann in der Zeitschrift „Die Betriebskrankenkasse" 1911 S. 243) hat die Beschlußkammer davon Abstand genommen, in der Sache selbst zu entscheiden.

Anmerkung: Zu vgl. Arb.-Vers. 1913 S. 836, 1914 S. 98 und besonders auch S. 159.

Zum Begriffe der hausgewerblich Beschäftigten.

Entscheidung des Herzogl. Versicherungsamts Sonneberg v. 12. März 1914.

Die herrschende Meinung scheint dahin zu neigen, auch die in der eigenen Betriebsstätte des Hausgewerbetreibenden beschäftigten und bisher als Lohnarbeiter versicherungspflichtigen Personen als hausgewerblich Beschäftigte und nicht mehr als Lohnarbeiter anzusehen. Das Versicherungsamt kann sich der Ansicht nicht anschließen. Das Wesen der Lohnarbeiterstellung besteht in dem Verhältnis persönlicher und wirtschaftlicher Abhängigkeit des Arbeitnehmers von einem Arbeitgeber. Eine begriffsmäßige Voraussetzung und ein charakteristisches Merkmal des Hausgewerbebetriebs ist dagegen die persönliche Selbständigkeit. Sie ist nur möglich bei räumlicher Trennung der Arbeitsstätte des Arbeitnehmers und Arbeitgebers. Arbeitet der Beschäftigte in der Betriebsstätte seines Arbeitgebers, so ist er dessen Leitung und Aufsicht, sowie den etwaigen Betriebseinrichtungen unterworfen. Es begründet keinen Unterschied, ob der Arbeitgeber des Beschäftigten ein selbständiger Unternehmer oder Hausgewerbtreibender ist. In beiden Beschäftigungsverhältnissen ist der Beschäftigte persönlich abhängig. Man wird deshalb als hausgewerblich Beschäftigte nur die Personen ansehen können, die für einen Hausgewerbetreibenden außerhalb der Betriebsstätte desselben aus nicht vorübergehenden, zufälligen Verhältnissen — z. B. Raummangel in

Digitized by Google

der Betriebsstätte oder Krankheit des Beschäftigten — tätig sind.

Die Folge dieser versicherungsrechtlichen Behandlung der Werkstättenarbeiter der Hausgewerbtreibenden ist eine günstigere Gestaltung ihres Versicherungsverhältnisses. Sie werden nicht grundsätzlich den Landkrankenkassen zugewiesen, sondern verbleiben Mitglieder der Ortskrankenkassen, eine Regelung, die sich zur Zufriedenheit der Beteiligten bewährt hat. Sie behalten ferner den Anspruch auf bestimmte und angemessene Barleistungen der Kasse, während den hausgewerblich Beschäftigten nur der Art, nicht aber der Höhe nach gleiche Barleistungen gewährt werden, wie den Lohnarbeitern. Insbesondere hängt die Höhe des Krankengeldes der hausgewerblich Beschäftigten von dem wechselnden und vielleicht unsicheren Eingang der Zuschüsse der Auftraggeber ab und kann deshalb recht niedrig sein. Zwar gibt § 485 RVO. die Möglichkeit, auch dem hausgewerblich Beschäftigten die vollen Leistungen der Krankenkasse zu sichern. Die Sicherung steht jedoch im Belieben des ihn beschäftigenden Hausgewerbtreibenden und erfolgt nur auf dessen Antrag. Schließlich zeigt der Arbeitsmarkt in vielen Zweigen der Hausindustrie starke Schwankungen und findet infolgedessen je nach Geschäftsgang und Wirtschaftslage ein häufiger Beschäftigungswechsel der Werkstättenarbeiter der Hausgewerbtreibenden statt. Sieht man sie als hausgewerblich Beschäftigte an, so wird ihre oft zufällige Beschäftigung bei einem selbständigen Unternehmer stets die Grundlage ihres Versicherungsverhältnisses abändern, ein gewiß unerwünschter Zustand.

Sonach gehört der Gehilfe X.'s zu den versicherungspflichtigen Lohnarbeitern im Sinne des § 165 Abs. 1 Ziff. 1 der RVO.

Anmerkung: Die außerhalb der Betriebsstätte der Hausgewerbtreibenden von ihm beschäftigten Hilfspersonen sind doch auch Lohnarbeiter, die nach dem KVG. nicht anders als die in den Betriebsstätten Beschäftigten vollversichert waren. Warum sollte für sie jetzt die ungünstigere Gestaltung der Versicherung nach den „besonderen Vorschriften" der RVO. gelten, wenn sie für die an der Betriebsstätte Beschäftigten nicht gelten soll? Die Ausführungen von Hahn, hier S. 238, 239, erscheinen durch die vorliegende Entscheidung keineswegs entkräftet. Wenn das Gesetz „besondere Vorschriften" für „die Hausgewerbtreibenden und ihre hausgewerblich Beschäftigten" gibt (§§ 235, 466 ff), so meint es damit selbstverständlich: Hausgewerbtreibende und die von ihnen in ihrem hausgewerblichen Betriebe Beschäftigten, vor allem also auch die an der hausgewerblichen Betriebsstätte selbst Beschäftigten. Daß die Erstreckung der besonderen Vorschriften auf diesen Personenkreis Unzuträglichkeiten schafft, geht den Gesetzgeber an, rechtfertigt aber nicht eine Einschränkung des Gesetzes durch die zu seiner Anwendung berufenen Instanzen.

Fortdauernde Beitragspflicht während militärischer Dienstleistung des Angestellten.

Urteil des Landgerichts in Düsseldorf (7. Zivilkammer) v. 12. Februar 1914.

Es handelt sich hier um die Frage, ob der Arbeitgeber für seinen Angestellten während der Dauer einer militärischen Dienstleistung die Krankenkassenbeiträge fortentrichten muß. Für diese Frage kommt § 3 des KVG., welcher bestimmt, daß Militärpersonen nicht versicherungspflichtig sind, nicht in Betracht. Durch diesen § 3 wird nur bestimmt, daß Soldaten, falls sie im Militärdienst zu Arbeiten verwendet werden, welche sonst nach § 1 des KVG. eine Versicherungspflicht begründen, nicht zu versichern sind (vergl. Hahn im Jahrg. 1904 S. 689 ff. der Arbeiterversorgung).

Ob für Soldaten, die bei einem Arbeitgeber während der Dienstzeit in einem Arbeitsverhältnis stehen, Beiträge gezahlt werden müssen, ist lediglich auf Grund des § 1 des KVG. und zwar darnach zu entscheiden, ob die Soldaten im Sinne dieser Vorschriften als „beschäftigt" bei dem Arbeitgeber anzusehen sind.

Unter Beschäftigung im Sinne des § 1 des Krankenversicherungsgesetzes ist nicht das tatsächliche Arbeiten, sondern nur das Bestehen eines Arbeitsverhältnis zu verstehen. „Weder Urlaub, noch Krankheit oder Arbeitsunfähigkeit heben die Beschäftigung im Sinne des Gesetzes auf, sie lösen das Arbeitsverhältnis nicht." (Vgl. Entsch. des preuß. OVG. 29.) Dasselbe gilt auch von einer Unterbrechung der Arbeit durch militärische Uebungen. Der erste Richter hat aus der eben zitierten Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts entnommen, daß der Arbeiter dem Arbeitgeber während der Unterbrechung „vertraglich zur Verfügung stehen" müsse. Nach seiner Ansicht ist dieses Erfordernis mit dem bedingungslosen Zwang der militärischen Anforderung unvereinbar. Der erste Richter hat aber den Worten der zitierten Entscheidung „vertragsmäßig zur Verfügung stehen" einen Sinn untergelegt, den sie nach dem weiteren Inhalt dieser Entscheidung gar nicht haben. Das Oberverwaltungsgericht hat mit diesen Worten

Digitized by Google

gar nicht ausdrücken wollen, daß der Arbeiter während einer Unterbrechung der Arbeit dem Arbeitgeber derart zur Verfügung stehen müsse, daß der Arbeitgeber in jedem Augenblick die Wiederaufnahme der Arbeit verlangen könne. Ein solches „zur Verfügung stehen" wäre ja auch in den vom Oberverwaltungsgericht behandelten Fällen der Krankheit und Arbeitsunfähigkeit unmöglich. Gleichwohl hat es aber für diese Fälle die Fortdauer der „Beschäftigung" angenommen. Das Oberverwaltungsgericht hat vielmehr mit den Worten „vertraglich zur Verfügung stehen" nur die Fortdauer des Arbeitsverhältnisses ausdrücken wollen. Das ergibt sich aus dem Zusammenhange, der wörtlich wie folgt lautet: Es muß also als beschäftigt im Sinne des RVG. auch derjenige gelten, dessen Arbeitskraft dem Arbeitgeber vertragsmäßig während der Arbeitsunfähigkeit zur Verfügung steht, der zudem Arbeitgeber während dieses Zustandes noch weiter in einem Arbeitsverhältnis steht.

Die vom ersten Richter zitierte Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts ergibt hiernach, daß bei Fortdauer des Vertragsverhältnisses während einer Arbeitsunterbrechung die Krankenkassenbeiträge zu entrichten sind. Das gilt für jede Unterbrechung, also auch für die infolge einer militärischen Dienstleistung. Da im vorliegenden Falle das Vertragsverhältnis fortgesetzt worden ist, so haben also die Beklagten — die der Höhe nach unstreitigen — Beiträge zu zahlen.

Anmerkung: Nach der RVO. (§ 172 Ziff. 2 ist jetzt jeder Zweifel beseitigt, daß Soldaten nur versicherungsfrei sind hinsichtlich einer Tätigkeit „im Dienste", d. h. im Militärdienste, nicht auch hinsichtlich eines bürgerlichen Beschäftigungsverhältnisses, das an sich versicherungspflichtig macht und während der militärischen Dienstleistung fortbesteht. Im vorliegenden Falle handelte es sich um eine Einziehung für kurze Zeit. Das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis war nicht gelöst und es waren auch die vertragsmäßigen Bezüge, trotz der Verhinderung des Angestellten an der Dienstleistung, gemäß § 616 BGB. weiter zu leisten. Um so sicherer ist die vorliegende Entscheidung begründet.

C. Zur Unfallversicherung.

Die Vernehmung des Verletzten im Einspruchsverfahren durch den Geschäftsführer der Berufsgenossenschaft enthält einen wesentlichen Mangel des Verfahrens.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 11. Februar 1914.

Durch Bescheid der Feststellungskommission der Beklagten (Berufsgenossenschaft) v. 29. Juli 1913 ist die Entschädigung des Klägers für den Unfall v. 4. September 1911 als Dauerrente festgestellt und von 20 Prozent auf eine Teilrente von 10 Prozent herabgemindert worden. Auf rechtzeitigen Einspruch gegen den Bescheid ist der Kläger laut Niederschrift v. 14. August 1913 von dem Geschäftsführer der Beklagten vernommen worden. Dies widerspricht der Vorschrift des § 1592 Satz 1 und 2 der RVO. Danach soll der Verletzte vor der für den Erlaß des Bescheides zuständigen Stelle persönliches Gehör finden. Der Zweck dieser Gesetzesvorschrift ergibt sich aus dem § 1594 der RVO. Die zur Vernehmung berufene Stelle hat danach auf tunlichst genaue und vollständige Anführung der für die Feststellung des Entschädigungsanspruches erheblichen Tatsachen und auf Angabe von Beweismitteln hinzuwirken. Die zuständige Stelle soll also die erforderliche Kenntnis des Falles unmittelbar aus der Verhandlung mit dem Verletzten schöpfen. Zugleich wird diesem Gelegenheit gegeben, sich über die Unterlagen des Bescheides der Berufsgenossenschaft unmittelbar vor der zuständigen Stelle derselben zu äußern. Dadurch würde, wie bei der Beratung der Gesetzeskommission von einem Mitgliede derselben zum Ausdruck gebracht worden ist,

„eine weitere Verbesserung des Verfahrens zugunsten des Verletzten und im Sinne einer verbesserten Vorbereitung der Sachen und einer wirksamen Entlastung des Reichs-Versicherungsamts eintreten"

(zu vergl. Nr. 946, 6. Teil, Bericht der 16. Komm. über den Entwurf einer RVO. Nr. 340 der Drucks. S. 79).

Was aber unter der für das persönliche Gehör des Verletzten zuständigen Stelle der Berufsgenossenschaft, die den Bescheid erlassen hat, zu verstehen ist, läßt sich mit genügender Bestimmtheit ebenfalls aus den Gesetzesmaterialien entnehmen. Als ein Antragsteller die Vernehmung des Versicherten im Einspruchsverfahren lediglich vor dem Versicherungsamt stattfinden lassen wollte und dabei ausführte, es sei auch zu bedenken,

„daß die Vernehmung vor dem zuständigen Organ der Berufsgenossenschaft nicht heiße, daß sie vor jedem Vertrauensmanne der Berufsgenossenschaft stattfinden könne, sondern ausschließlich vor dem am Sitze der Berufsgenossenschaft oder ihrer Sektion befindlichen Rentenfeststellungsorgan erfolgen müsse,"

empfahl demnächst der Vertreter der verbündeten Regierungen die Möglichkeit der Vernehmung des Versicherten vor dem zuständigen Organe der Berufsgenossenschaft zuzulassen, weil der Versicherte auf seinen Antrag unbedingt vor dem Versicherungsamte vernommen werden müsse. Auf die Anfrage, ob für die Vernehmung als zuständiges Organ der Berufsgenossenschaft auch ihre Vertrauensmänner in Betracht kämen, erwiderte der Regierungsvertreter, diese Anfrage beantworte sich durch den Hinweis, daß

„die Vernehmung vor dem zum Erlaß des Be-

Digitized by Google

scheides zuständigen Organe der Berufsgenossenschaft geschehen müsse."
(Zu vergleichen S. 109 und 110 des Kommissionsberichtes). Hiernach mußte der Verletzte im Einspruchsverfahren vor der Stelle der Berufsgenossenschaft vernommen werden, welche im vorliegenden Falle, wo es sich um die Festsetzung einer Dauerrente handelt, nach den Vorschriften des § 1568 Ziff. 2 und des § 1569 Ziff. 2 der RVO. die Leistungen der Unfallversicherung festzustellen hat. Die Vernehmung des Verletzten durch den Geschäftsführer der Berufsgenossenschaft enthält also einen Verstoß gegen das Gesetz, welcher als ein wesentlicher Mangel im Verfahren aufzufassen ist.

Sonach waren die Entscheidungen der Vorinstanzen, welche von diesem Mangel getroffen werden, aufzuheben und die Sache zur anderweitigen gesetzlichen Erledigung an die Beklagte zurückzuverweisen.

Unfall bei Spielerei, nicht entschädigt.

Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 19 Februar 1914. — Ia 5879/13.

Wenn auch angenommen werden kann, daß der Kläger die Zündhütchen beim Aufräumen der Schachtmeisterbude gefunden hat und daß er demnächst auf dem ihm aufgetragenen Gange zum Kaffeeholen sich noch im Banne des Betriebs befunden hat, so kann doch im vorliegenden Falle nicht angenommen werden, daß er einer Gefahr erlegen ist, der er durch seine Betriebstätigkeit ausgesetzt war. Der Kläger hat sich einige Zeit bei Kindern, die am Bahndamm Soldaten spielten und zu diesem Zwecke ein Feuer angemacht hatten, aufgehalten; er hat trotz ihrer Warnung die Zündhütchen in das Feuer geworfen und ist beim Anzünden einer Zigarette an dem Feuer durch die plötzlich losgehenden Zündhütchen am rechten Auge verletzt worden. Der Eintritt des Unfalls steht bei dieser Sachlage mit dem Betriebe in keinem Zusammenhange; er ist lediglich dem unvernünftigen Verhalten des Klägers zuzuschreiben. Letzterer war z. Zt. des Unfalls bereits 14 Jahre alt; er war auch von den jüngeren Knaben gewarnt, er mußte sich deshalb der Gefährlichkeit seiner Handlungsweise hinreichend bewußt sein. Hiernach ist mangels eines sachlichen Zusammenhangs mit dem Betriebe die Feststellung eines Betriebsunfalls im Sinne des Gesetzes nicht angängig, so daß die Beklagte für die Folgen des Verlustes des rechten Auges nicht aufzukommen hat.

D. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätze zu den §§ 1, 17, 390 und 394 des VGfA. aus der Uebung der Reichsversicherungsanstalt

(„Angestelltenversicherung" 1914 S. 50.)

Zu § 1. 1. Bierkutscher, die nicht selbst Bestellungen entgegennehmen, sondern nur bestelltes Bier abliefern, sind auch dann nicht versicherungspflichtig, wenn sie das Geld für das abgelieferte Bier einkassieren. (I 47 417/13.)

2. Die Bedienung einer Registrierkasse ist als kaufmännische Tätigkeit versicherungspflichtig. (I 44 907/13.)

3. Der Grundsatz I 7989/13 (AVN 1913 S .125) erhält folgenden Zusatz: In größeren Anstalten der genannten Art können jedoch die besonderen Verhältnisse zu einer abweichenden Beurteilung führen. (I E 151.)

Zu § 17. 1. Bei Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes für die Beitragszahlung zur Angestelltenversicherung ist das Fahrgeld für Fahrten zu und von der Arbeitsstätte des Angestellten nicht abzugsfähig. (I 61 076/13.)

2. Der Jahresarbeitsverdienst zur Feststellung der Versicherungspflicht bei Schauspielern berechnet sich in den verschiedenen Abschnitten des Jahres nach dem wirklichen Einkommen, das der Betreffende in dem Kalenderjahre hat, soweit es sich im Augenblick der Prüfung der Versicherungspflicht feststellen läßt. Demnach kommen im Anfang des Kalenderjahres während der Dauer des Winterengagements für Schauspieler, die bereits ein Sommerengagement und ein Engagement für den folgenden Winter besitzen, auch diese Engagements, soweit sie in das laufende Kalenderjahr fallen, in Betracht, dagegen für solche, die noch nicht für den Sommer und den folgenden Winter engagiert sind, nur der in das Kalenderjahr fallende Teil des laufenden Winterengagements. Im Laufe des Sommerengagements kommt sowohl dieses als auch der in das Kalenderjahr fallende Teil des abgelaufenen Winterengagements sowie, wenn ein Engagement für den folgenden Winter bereits abgeschlossen ist, auch dieses bis zum Ablauf des Kalenderjahres zum Ansatz. (I 56 164/13.)

Digitized by Google

Zu § 390. Wird ein Angestellter, dessen Anwartschaft gemäß §§ 49, 50 VGfA. erloschen ist, wieder versicherungspflichtig, so ist die Aufnahmekarte, die er jetzt einreicht, als „erste" i. S. des § 391 VGfA. aufzufassen. Denn seine Rechtsbeziehungen zur Reichsversicherungsanstalt auf Grund früherer Versicherung sind endgültig beseitigt. Er kann jetzt also einen Antrag aus § 390 stellen, auch wenn er dies früher unterlassen hatte. Insbesondere kann er auch, wenn seinerzeit der auf Grund des § 390 Abs. 1 a. a. O. gestellte Antrag abgelehnt war, nunmehr die Befreiung auf Grund des § 390 Abs. 2 beantragen, wenn die Voraussetzungen dieser Vorschrift vorliegen. Als Zeitpunkt des Eintretens in die versicherungspflichtige Beschäftigung ist in diesem Fall der Augenblick des Wiedereintritts in die Versicherungspflicht anzusehen. (Ia 31 050.)

Zu § 394. Ein Rücktritt von der freiwilligen Versicherung ist zulässig, jedoch werden die nach erfolgter Genehmigung der freiwilligen Versicherung geleisteten Beiträge nicht zurückerstattet. (I 57 703/13.)

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Zur Arbeiterversicherung in Ungarn.

Ueber die ungarische Arbeiterversicherung haben wir eine Uebersicht zuletzt im Jahrgang 1911 S. 1 ff. aus der Feder von Dr. Heinrich Pach in Budapest veröffentlicht. Der gegenwärtige Stand ist, kurz gekennzeichnet, folgender: Die Krankenversicherung besteht als Zwangsversicherung für die im Gewerbe und Handel Beschäftigten mit Jahresverdienst bis 2000 M. und als freiwillige Versicherung für Landwirtschaft, Hausindustrie, Hausdienste und sonst Nichtversicherungspflichtige. Eine Unfallversicherung besteht als Zwangsversicherung für die im Gewerbe Beschäftigten mit Jahresverdienst bis 2000 M., sowie für landwirtschaftliche Dienstleute und Maschinenarbeiter und als freiwillige Versicherung für gewerbliche Unternehmer nebst nichtversicherungspflichtigem Personal sowie für alle Krankenversicherungsberechtigten, sämtlich nur bei Jahresverdienst bis 2000 M., ferner für nichtversicherungspflichtige Arbeiter und Kleingrundbesitzer. Eine Invaliden-, Witwen- und Waisenversicherung gilt zwangsweise für Bergleute (bei den „Bruderladen") und als freiwillige Versicherung (bei der Landeshilfskasse) für landwirtschaftliche Arbeiter, Dienstleute und Kleingrundbesitzer.

Wie in Oesterreich, so ist auch in Ungarn die Arbeiterversicherung, abgesehen von der älteren Gesetzgebung für Bergleute, durch das deutsche Vorbild angeregt und wesentlich beeinflußt. Ihr weiterer Ausbau nach diesem Vorbilde steht bevor. Unter diesem Gesichtspunkte ist es bemerkenswert, daß Dr. Adolf Kis in Budapest, Direktor der Arbeiterversicherungskasse, jetzt die Abhandlung des Präsidenten unseres Reichsversicherungsamts Dr. Kaufmann „Zur Geschichte der deutschen Arbeiterversicherung, ihrer Ziele und Erfolge" (enthalten im Jubiläums-Gedenkwerke „Soziale Kultur und Volkswohlfahrt während der ersten 25 Regierungsjahre Kaiser Wilhelm II.") ins Ungarische übertragen hat. Diese Abhandlung legt überzeugend insbesondere auch den segensreichen Einfluß dar, den die Arbeiterversicherung mit ihren gewaltigen und vielgestaltigen Leistungen auf unsere Volks- und Wehrkraft ausgeübt hat, und erörtert auch die Ziele, welche die Versicherung in ihrem weiteren Ausbau, namentlich in schadenverhütender Richtung, zu verfolgen haben wird. Durch die Uebersetzung nunmehr auch den Interessenten in Ungarn zugänglich gemacht, würden diese Ausführungen des Präsidenten unserer höchsten Versicherungsbehörde gewiß auch dort, wie hoffentlich bei uns, das soziale Gewissen wach halten und schärfen.

Die Rechnungsergebnisse der Unfallversicherung im Jahre 1912.

Das Reichsversicherungsamt hat soeben die Rechnungsergebnisse der Berufsgenossenschaften und Ausführungsbehörden für das Jahr 1912 bekannt gegeben. Die Nachweisungen erstrecken sich auf 114 Berufsgenossenschaften und 14 diesen angegliederten Versicherungsanstalten sowie 544 Ausführungsbehörden. Die 66 gewerblichen Berufsgenossenschaften umfaßten 322 Sektionen, 762 603 Betriebe und 10 178 577 versicherte Personen. Die Ausführungsbehörden verfügten über 1 032 028 versicherte Personen. Bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften ist die Zahl der Betriebe und Versicherten nur geschätzt. Insgesamt sind etwa gegen 24 Mill. Personen gegen Unfall versichert. Für die gewerblichen Berufsgenossenschaften wird die Summe der tatsächlich verdienten Löhne und Gehälter auf 10 741 676 565 Mk. angegeben. Das ist gegenüber dem Vorjahr eine Steigerung von 809 Mill. Mark. Diese angeblich „tatsächlich" gezahlten Löhne weichen immer noch von den wirklich gezahlten verschiedentlich ab.

Die Zahl der in der Unfallversicherung ehrenamtlich und beruflich tätigen Personen stellt schon eine kleine Armee dar. Der Bericht führt auf 1169 Mitglieder der Genossenschaftsvorstände; 5872 Mitglieder der Sektionsvorstände, 26 637 Vertrauensmänner, 4628 Verwaltungsbeamte, 421 technische Aufsichtsbeamte. Gegenüber dem Vorjahr ist allein die Zahl der Verwaltungsbeamten um 90 und die der technischen Aufsichtsbeamten um 22 gestiegen.

Die Vermehrung der Ueberwachungsorgane und die ganze Tätigkeit dieser Beamten hat nicht vermocht, die Flut von Unfällen zu dämmen, die

Digitized by Google

jedes Jahr stärker wiederkehrt. Im Berichtsjahr sind 742 422 Unfallanzeigen zu buchen gewesen gegen 716 584 im Vorjahre. Die Zahl der entschädigten Unfälle belief sich im Berichtsjahr auf 137 089 gegen 132 114 im Jahre zuvor. Das Berichtsjahr hat also eine ungewöhnliche Steigerung der schweren Unfälle gebracht, nachdem in den Vorjahren ein Rückgang dieser Unfälle eingetreten war. Aehnlich ist es bei den tötlichen Unfällen. Eine Gegenüberstellung der entschädigten Unfälle, der tödlichen Unfälle und der Unfälle mit dauernder völliger Erwerbsunfähigkeit für das Jahrfünft 1908 bis 1912 ergibt folgendes:

Jahr	Zahl der entschädigten Unfälle	Zahl der tödlichen Unfälle	Unfälle mit dauernder völliger Erwerbsunfähigkeit
1908 . .	142 965	9 856	1160
1909 . .	139 070	9 363	1118
1910 . .	132 064	8 857	1072
1911 . .	132 114	9 443	988
1912 . .	137 089	10 300	909

Der Rückgang in der Zahl der entschädigten Unfälle in den Jahren 1910 und 1911 ließ erwarten, daß die Zunahme dieser Unfälle zu Ende sei. Das Mehr von 4975 im Berichtsjahr gegenüber dem Vorjahr und die große Zahl der tödlichen Unfälle zeigt, daß diese Hoffnung trügerisch war. Für die Getöteten ist 1912 ein Höchstjahr; es wurden erstmals mehr als 10 000 Todesfälle gebucht. Bei den Gewerbe-, Bau- und Seeberufsgenossenschaften entfielen im Gesamtdurchschnitt im Berichtsjahr auf je 1000 Vollarbeiter 8,08 entschädigte Unfälle (Vorjahr 7,99). Bei 17 Gewerbegruppen trat eine Zunahme der entschädigten Unfälle ein, 21 Gruppen zeigen eine Abnahme. Ueber den Durchschnitt von 8,08 entschädigten Unfällen auf 1000 Vollarbeiter stehen 12 Gewerbezweige, und zwar der Bergbau, die Steinbrecherei, die Eisen- und Stahlindustrie, die Papierfabrikation, die Holzindustrie, die Müllerei, Brauerei und Mälzerei, das Baugewerbe, das Lagereiwesen, der Fuhrwerksbetrieb, der Tiefbau und die Binnenschiffahrt.

Die Tabellen über die Entschädigungsfeststellungen lassen erkennen, daß ein Rückgang in der Gewährung der Unterstützungen eingetreten ist. Im Jahre 1903 kamen auf 1000 Versicherte 8,19 erstmalig entschädigte, im Jahre 1912 nur noch 7,19. Im Jahre 1903 wurden von der gleichen Zahl Versicherten 0,11 völlig und 3,65 teilweise dauernd erwerbsunfähig erklärt, im Jahre 1912 nur noch 0,05 bzw. 2,30. Dagegen sind die Ziffern für die festgestellten vorübergehenden Erwerbsunfähigkeiten etwas gestiegen. Diese Erscheinungen finden in der veränderten Rentenfestsetzung und Rechtsprechung in der Unfallversicherung ihre Erklärung.

Von den Betriebseinrichtungen und Vorgängen, bei denen sich die erstmalig entschädigten Unfälle ereigneten, steht der „Fall von Leitern, Treppen usw., in Vertiefungen, auf ebener Erde usw." mit 26 755 Fällen obenan. Es folgen die „Motore, Transmissionen und Arbeitsmaschinen" mit 19 114 Fällen, der „Zusammenbruch, Einsturz, Herab- und Umfallen von Gegenständen" mit 16 852 Fällen, das „Auf- und Abladen, Heben, Tragen usw." mit 14 840 Fällen usw.

Die Gesamtausgaben der gewerblichen und landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften beliefen sich im Berichtsjahr auf 207 669 430 Mk. Davon entfallen auf Entschädigungsbeträge (Renten usw.) 168 941 788 Mk. gegen 165 370 623 Mk. im Vorjahr. Zu diesen Entschädigungsbeträgen kommen noch die Aufwendungen für die Fürsorge innerhalb der gesetzlichen Wartezeit, für die im Berichtsjahr 1 360 825 Mk. aufgewendet wurden. Diese Aufwendungen haben sich in den letzten Jahren infolge der wachsenden Zahl der vorzeitig übernommenen Heilbehandlungen sehr erhöht. Von der Bestimmung, nach der Verletzte mit einer Erwerbsunfähigkeit von 15 vom Hundert und weniger durch Kapitalzahlungen abgefunden werden können, haben im Berichtsjahr 9564 Personen Gebrauch gemacht. Die dafür aufgewendete Summe betrug 3 244 146 Mk.; der einzelne erhielt also im Durchschnitt 339 Mk. Ueber die Abfindungen bestehen besondere Bestimmungen und mathematische Tabellen. Die Abfindung an Witwen Getöteter im Falle der Wiederverheiratung wurde in 1668 Fällen im Gesamtbetrage von 1 138 174 Mk. gewährt. An ausländische Hinterbliebene Getöteter bei Aufgabe ihres Wohnsitzes im Deutschen Reich wurde in 16 Fällen 10 532 Mark ausgezahlt. Zusammen erhielten im Berichtsjahr 95 834 Verletzte ein Heilverfahren, 887 924 Verletzte eine Rente, 93 952 Witwen und 115 133 Kinder und Enkel Getöteter eine Hinterbliebenenrente usw.

Für die Unfalluntersuchungen, die Feststellung der Entschädigungen, für den Rechtsgang und für die Unfallverhütung wurden zusammen Mark 10 823 078 verausgabt. In die Reservefonds wurden 17 781 470 Mk. eingelegt. Die laufende Verwaltung erforderte 18 141 240 Mk., wovon allein 10 713 869 Mk. auf die Gehälter der Beamten entfallen. Die von den gewerblichen und landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften eingehobenen Umlagebeiträge beziffern sich auf Mark 192 292 987. Insgesamt betrug die Einnahme bei den 114 Berufsgenossenschaften 206 409 856 Mark. Die Bestände der bis zum Schlusse des Rechnungsjahres angesammelten Reservefonds der Berufsgenossenschaften betrugen zusammen Mark 346 754 876, zu denen noch 9,8 Millionen Mark rückständige Einlagen kommen. An sonstigem Vermögen, einschließlich der noch ausstehenden Beträge, werden für die Berufsgenossenschaften Mark 208 726 432, für die Versicherungsanstalten Mark 19 709 332 nachgewiesen.

Krankenkassenverbände.

Eine Uebersicht über die im Reiche bestehenden großen Verbände hat Kleeis hier im Jahrg. 1913, S. 235, veröffentlicht. Wie sehr ihr Bestehen und Zusammenwirken einem Bedürfnisse entspricht, hat sich in der letzten Zeit besonders gezeigt. Die Erledigung der allenthalben entbrannten und zur ernstesten Krisis ausgewachsenen Streitigkeiten mit den Aerzten durch das „Berliner Abkommen" vom 23. Dezember 1913 (vgl. S. 50 ff., 197) wäre nicht möglich gewesen ohne Zusammenfassung der gleichartigen Kassen in große Verbände und ohne Verständigung dieser Verbände untereinander, die zwar oft getrennt marschieren, aber in diesem Falle vereint schlugen und vereint für den Frieden arbeiteten. Auch das Abkommen zur Regelung der Beziehungen zwischen Berufsgenossenschaft und Krankenkassen (vgl. S. 22 ff)

Digitized by Google

konnte nur unter verständnisvoller Mitwirkung der großen Kassenverbände zustande kommen. In beiden Abkommen sind, wie hier bemerkt sein mag, die Ersatzkassen nicht mit einbegriffen. Auch bei den erst durch die Reichsversicherungsordnung ins Leben gerufenen Landkrankenkassen macht sich schon jetzt ein starkes Bestreben auf Zusammenschluß geltend, das in verschiedenen Bezirken schon zur Gründung von Provinzialverbänden geführt hat, so in Schlesien und Posen. Die Gründung eines allgemeinen deutschen Verbandes der Landkrankenkassen mit dem Sitz in Berlin ist eingeleitet. Auf dem Lande verursacht die Gewährung der freien ärztlichen Behandlung und der freien Arznei vor allem wegen der Entfernungen besondere Kosten. Die Verwaltung ist in Hinsicht auf die Verschiedenheit der Mitglieder sehr schwierig. Für die land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter, für das Gesinde und die Dienstboten, für die unständigen Arbeiter, die Hausgewerbtreibenden und für die im Wandergewerbebetrieben Beschäftigten, für alle diese Personengruppen sieht das Gesetz besondere Vorschriften für die Versicherung vor. Hierzu kommt, daß es sich bei den Landkrankenkassen fast ausschließlich um gering gelohnte Personen handelt, die keine hohen Beiträge aufbringen können. Es muß daher geradezu als eine Notwendigkeit bezeichnet werden, daß sich die Landkrankenkassen vereinigen und eine Zentralstelle schaffen, welche Erfahrungen sammelt und den einzelnen Kassen zugute kommen läßt und auch bei Regierung und Volksvertretung usw. für die Landkrankenkassen eintritt.

Sprechsaal.

Die Entscheidung über Erstattungsansprüche aus § 50 KVG.*)

Von Gerichtsassessor Dr. Schmidt, Barmen.

Weder die RVO. noch das Einf.-Ges. treffen Bestimmungen darüber, welches Recht materiell auf anhängige Ansprüche aus dem alten Krankenversicherungsgesetz Anwendung findet. Nach Art. 5 EinfGes. treten mit dem Inkrafttreten der RVO. deren Bestimmungen an die Stelle der entsprechenden Vorschriften des KVG. Ansprüche auf Leistungen bzw. auf Erstattung sind von diesem Zeitpunkt an nach den entsprechenden Bestimmungen der RVO. zu beurteilen. Soweit jedoch nach KVG. Ansprüche oder Anwartschaften erworben worden sind, bleiben diese erhalten und ist bei der Beurteilung ihres Entstehens das KVG. zugrunde zu legen. (vgl. Begr. zum Einf.-Ges. zur RVO. S. 23; Stier Somlo Anm. 1 zu Art. 5 Einf.Ges.). Daraus ergibt sich, daß nach § 50 KVG. infolge vorsätzlicher oder fahrlässiger Verletzung der Anmeldepflicht den Versicherungsträgern entstandene Erstattungsansprüche nach dem Inkrafttreten der RVO., die solche Erstattungsansprüche nicht kennt, noch geltend gemacht werden können.

Nach Art. 86 Einf.Ges. ist ein bei Inkrafttreten des 6. Buches der RVO. anhängiges Verfahren, welches nach § 58 KVG. zu erledigen ist (darunter fällt auch der Erstattungsanspruch des § 50 KVG.), an das Versicherungsamt abzugeben, wenn darüber noch nicht entschieden ist. Für das weitere Verfahren gelten die Vorschriften der RVO.

Die RVO. kennt ein Spruch- und ein Beschlußverfahren. Welches von beiden findet nun bei Erledigung anhängiger Erstattungsansprüche Anwendung? Eine Anwendung des in den §§ 1636 RVO. ff. geregelten Spruchverfahrens kann nicht in Frage kommen, da dieses lediglich zur Feststellung bei Streit über „Leistungen aus der Krankenversicherung" zulässig ist. Leistungen der Krankenversicherung im Sinne der RVO. sind aber nur Leistungen an den Versicherungsberechtigten (vgl. § 118 ff., 1551 RVO.). Unter diesen durch die RVO. festgelegten Begriff fallen aber nicht Ersatzansprüche der Versicherungsträger gegen Arbeitgeber. Die §§ 1636 ff. regeln nur das Verfahren, das im Falle des Streites zwischen den Berechtigten und den Versicherungsträgern über die Leistungen im vorstehenden Sinne anzuwenden ist. Im übrigen ist nach § 1771 RVO. ein Spruchverfahren nur zulässig bei solchen Streitigkeiten, die nach ausdrücklicher Vorschrift der RVO. im Spruchverfahren zu erledigen sind. Wenn auch hierunter einzelne Erstattungsansprüche fallen (vgl. Lehmann, Kommentar zur RVO. Bd. 5 § 1771 Anm. 2), so sind es doch regelmäßig solche Erstattungsansprüche, welche die RVO. ausdrücklich zur Erledigung dem Spruchverfahren überweist. Wie schon oben hervorgehoben, hat die RVO. eine dem § 50 KVG. ähnliche Bestimmung ausdrücklich und absichtlich nicht übernommen. (vgl. Begr. S. 253). Daraus folgt, da die Voraussetzung des § 1771 nicht vorliegt, die Unzulässigkeit der Erledigung eines derartigen Anspruches im Spruchverfahren.

Soweit die RVO. nicht das Spruchverfahren vorschreibt, ergehen die Entscheidungen der Versicherungsbehörden im Beschlußverfahren. (§ 1780 RVO.). Da nun nach Art. 86 ff. Einf.Ges. die Entscheidung über anhängige Erstattungsansprüche im Sinne des § 50 KVG. dem Versicherungsamte obliegt, und ein Spruchverfahren nach den vorstehenden Ausführungen unzulässig ist, muß sie demnach im Beschlußverfahren erfolgen. Ebenso wie im Spruchverfahren kann auch im Beschlußverfahren ohne Verhandlung des Beschlußausschusses der Vorsitzende eine Vorentscheidung treffen (§ 35 Abs. 2 RVO. mit § 60 der Kaiserl. Verordnung vom 24. Dezember 1911). Die §§ 1657/1658 RVO.

*) Anmerkung der Schriftleitung: Der vorliegende Aufsatz gelangt zu demselben Ergebnisse, das wir selbst hier S. 127 Ziff 1 und, gegenüber einer abweichenden Ansicht, S. 233 vertreten haben; nur geht der Herr Verfasser insofern weiter als wir, als er das Beschlußverfahren auch für Ansprüche zulassen will, die vor dem 1. Januar 1914 noch nicht anhängig gemacht sind, während wir davon ausgingen, daß das Beschlußverfahren der RVO. grundsätzlich nicht für Ansprüche aus dem KVG. gelten kann und daß eine Ausnahme hiervon sich nur für bereits anhängige Sachen aus Art. 86 Einf.-Ges. herleiten läßt.

Digitized by Google

über die Vorentscheidungen im Spruchverfahren sind entsprechend anzuwenden. Es ist demnach gegen diese Vorentscheidung ebenso wie gegen die Entscheidung des Beschlußausschusses selbst das Rechtsmittel, und zwar die Beschwerde an das OVA. binnen Monatsfrist nach Zustellung der Vorentscheidung (§§ 1792, 128 RVO.) oder binnen der gleichen Frist Antrag auf mündliche Verhandlung zulässig. Das Rechtsmittel der Beschwerde ist nach § 129 beim Oberversicherungsamt einzulegen; jedoch gilt die Frist auch dann als gewahrt, wenn das Rechtsmittel rechtzeitig bei einer andern inländischen Behörde oder bei einem der Versicherungsträger eingegangen ist. Die betreffende Behörde hat die Rechtsmittelschrifft unverzüglich an die zuständige Stelle abzugeben.

Zu dem gleichen Ergebnis gelangt man aber auch durch Auslegung des Art. 86 Einf.Ges. In den nach § 58 KVG. anhängigen Verfahren, in denen eine Entscheidung noch nicht ergangen ist, hat das Versicherungsamt unter Beobachtung der zur Anwendung gelangenden Verfahrensvorschriften der RVO. zu entscheiden. Die mit Ausnahme des Erstattungsanspruches infolge Verletzung der Anmeldepflicht auf Grund des § 58 KVG. entstandenen Streitigkeiten zwischen Versicherungspflichtigen oder Arbeitgebern und den Versicherungsträgern über das Versicherungsverhältnis oder über die Verpflichtung zur Leistung oder Entscheidung von Eintrittsgeldern und Beiträgen usw. sind nunmehr durch die Reichsversicherungsordnung (§ 405) dem Beschlußverfahren zur Entscheidung überwiesen. Wenn auch nun die RVO. das Entstehen von Erstattungsansprüchen infolge Verletzung der Anmeldepflicht nicht übernommen hat, muß man doch annehmen, daß das Gesetz die einmal anhängigen Verfahren über derartige Ansprüche auch nach dem Inkrafttreten der RVO. in der gleichen Weise erledigt wissen will, wie es vor dem Inkrafttreten der RVO. war, nämlich in dem gleichen Verfahren, in welchem die übrigen mit diesem Erstattungsanspruch im § 58 KVG. bezeichneten Streitigkeiten erledigt worden sind. Diese übrigen im § 58 KVG. aufgezählten Streitigkeiten werden nunmehr aber im Beschlußverfahren entschieden, und wird man demnach annehmen können, daß analog die Entscheidung über noch nicht anhängige Erstattungsansprüche wegen Verletzung der Anmeldepflicht gleichfalls im Wege des Beschlußverfahrens zu treffen ist.

Zur Krankenversicherung der Beschäftigten eines Wandertheaters.

Wir erhielten folgende Zuschrift mit der Bitte um Mitteilung unserer Rechtsauffassung:

„In der Provinz Posen besteht ein mit staatlicher Unterstützung betriebenes Provinzial-Wandertheater, das während des Winterhalbjahrs die größeren Städte der Provinz besucht. Der Unternehmer hat bei der hiesigen Landkrankenkasse die Versicherung seiner Angestellten nachgesucht. Ihre Durchführung stößt auf Schwierigkeiten. Ein ständiger Beschäftigungsort ist nicht vorhanden, ebensowenig ein ständiger Betriebssitz, da der Theaterdirektor überhaupt keinen festen Wohnsitz hat. Es erscheint auch zweifelhaft, ob ein Wandergewerbebetrieb im Sinne der RVO. vorliegt. Die tatsächlichen Voraussetzungen hierfür scheinen gegeben zu sein, die rechtlichen insofern nicht, als unzweifelhaft höhere Interessen der Kunst vorliegen und der Betriebsunternehmer deshalb auch keinen Wandergewerbeschein besitzt. Mit Rücksicht auf die Ausführungen bei Hahn, Handb. S. 630 möchte ich indessen doch den Betrieb als Wandergewerbe ansprechen, zumal die RVO. (§ 465) auch von Wandergewerbebetrieben spricht, die keines Wandergewerbescheines bedürfen. Kraft Gesetzes (§ 235) würden die Angestellten also Mitglieder der Landkrankenkasse sein müssen; die besonderen Bestimmungen für die Beitragszahlung der §§ 459 ff. lassen sich aber nicht anwenden, und es muß deshalb so verfahren werden, wie es die allgemeinen Bestimmungen für die Anmeldung, Beitragszahlung usw. vorschreiben. Das Gastspiel der Truppe begann hier erst nach dem 1. Januar 1914; die Anmeldung wurde hinausgeschoben und erfolgte hier erst Mitte Januar. Ich möchte es für unbedenklich halten, die Zuständigkeit der hiesigen Landkrankenkasse zu bejahen, zumal jetzt eine andere Landkrankenkasse erst recht nicht zuständig sein dürfte. Dem Unternehmer zuzumuten, in jedem Kreise den er besucht, erneut an- und abzumelden, dürfte den Absichten der RVO. nicht entsprechen und ich halte es deshalb für zulässig, daß die Angestellten Mitglieder unserer Kasse bis zur Auflösung des Unternehmens im April bleiben" —

Hierauf haben wir folgende Auskunft erteilt: „Wir können Ihre Auffassung nicht teilen. Die besonderen Vorschriften in §§ 459 ff. beziehen sich, wie § 459 klar ausdrückt, nur auf solche Unternehmungen, die eines Wandergewerbescheines bedürfen. Dazu gehört nach § 55 Gew.-Ord. nicht ein Wandertheater, bei dessen Darbietungen ein höheres Interesse der Kunst obwaltet. Ein solches Unternehmen ist nach der RVO., wie bisher nach dem KVG., überhaupt nicht versicherungspflichtig, wie sich aus § 465 Abs. 2 ergibt. Der Bundesrat kann bestimmen, wie weit die in einem solchen Betriebe Beschäftigten versicherungspflichtig sind und ihre Versicherung regeln. Bisher hat er es nicht getan. Daher sind die Beschäftigten versicherungsfrei. Vgl. Hahn, Handb. der KV. S. 635 Anm. zu § 465." —

Dieser unserer Auffassung tritt Herr Kreisassistent Winkelmann im „Zentralbl. der Reichsversicherung" (1914, S. 124)*) entgegen. Er weist zunächst darauf hin, daß jetzt nach § 165 Ziff. 4 RVO. Bühnenmitglieder ohne Rücksicht auf den Kunstwert ihrer Leistungen versicherungspflichtig sind, und fährt fort: „Daß die Versicherungspflicht nach § 459 deshalb fortfallen soll, weil diese Bühnenmitglieder nicht in einem stehenden Gewerbebetriebe beschäftigt werden, will mir nicht einleuchten, denn § 459 regelt m. E. nur Fragen der Zuständigkeit und des Verfahrens, also

*) Unsere Auskunft ist dort abgedruckt worden, ehe wir selbst sie veröffentlicht haben. Die Schriftleitung des Zentralblattes trifft wohl keine Schuld, da sie kaum annehmen konnte, daß es sich um eine noch unveröffentlichte Auskunft handelte. Aber der Einsender hätte sich sagen müssen, daß es ihm nicht zustand, unserem ausschließlichen Rechte, die erteilten Auskünfte zu vervielfältigen und zu veröffentlichen, durch die Publikation in einer anderen Zeitschrift vorzugreifen (§ 1, 11, 15, 36, 39, 40 des Gesetzes, betr. das Urheberrecht an Werken der Literatur, v. 19. Juni 1901, RGBl. S. 227). Es könnte sein, daß wir im einzelnen Falle eine Publikation überhaupt nicht wünschen. Jedenfalls steht die Entschließung darüber nur uns allein zu.

Digitized by Google

der Durchführung der Krankenversicherung; die Frage der Versicherungspflicht an sich läßt er unberührt. Daß ferner die Versicherungsfreiheit des Personals des in Rede stehenden Unternehmens aus § 465 hervorgeht, möchte ich ebenfalls bezweifeln, denn § 465 enthält nach seiner Fassung eine ausdrückliche Einschränkung auf Betriebe der im § 59 Gew.-Ord. bezeichneten Art, bezieht sich also nicht auf Theaterunternehmen." —

Darauf ist zu erwiedern: Nach § 465 Abs. 2 kann der Bundesrat bestimmen „wieweit Personen versicherungspflichtig sind, die ein Arbeitgeber ohne Wandergewerbeschein in seinem Wandergewerbbetriebe beschäftigt (§ 59 der Gewerbeordnung)" usw. Diese Fassung läßt erkennen, daß der Gesetzgeber von der Annahme grundsätzlicher Versicherungsfreiheit der in einem Wandergewerbbetriebe ohne Wandergewerbschein Beschäftigten ausgegangen ist; erst durch Bestimmung des Bundesrats können diese Personen versicherungspflichtig werden (Hahn, Anm. zu § 465, Schäffer, Anm. 2). Wenn im Abs. 2 in Klammern der § 59 Gew.-Ord. angezogen ist, so ist dies, da auch andere als die dort erwähnten Wandergewerbbetriebe eines Gewerbscheins nicht bedürfen (besonders § 55 Gew.-Ord.), ein unzulänglicher Hinweis, nicht aber eine Einschränkung der aus Abs. 2 des § 465 sich ergebenden grundsätzlichen Versicherungsfreiheit. Dies folgt zunächst schon aus § 459, wonach sich die ganze besondere Regelung, also auch der § 465 Abs. 2, nur auf Wandergewerbbetriebe, die eines Wandergewerbscheins bedürfen, bezieht. Es folgt aber ferner auch aus der Begründung des Entwurfs der RVO. zu § 493 (Ges. § 465) Abs. 2. Dort heißt es: „Für die von Gewerbtreibenden dieser Art Beschäftigten müßte wegen des Fehlens des Wandergewerbscheins wieder eine besondere Art der Versicherung gefunden werden." Denn der Wandergewerbschein ist das wesentliche Hilfsmittel, dessen die RVO. zu bedürfen glaubte, um die Versicherung dieser Personenklasse überhaupt ordnungsmäßig durchzuführen (Begr. S. 236). Deshalb kann es keinen Unterschied machen, ob ein Wandergewerbbetrieb auf Grund des § 59 Gew.-Ordnung oder auf Grund einer anderen Vorschrift eines Wandergewerbscheins nicht bedarf. Er ist versicherungsfrei, solange der Bundesrat nicht die Versicherungspflicht ausspricht und besonders regelt. Wie sehr der gesetzgeberische Grund auch auf das Wandertheater zutrifft, ergibt sich schon aus der Anfrage selbst. Die Durchführung der Versicherung nach den allgemeinen Vorschriften erscheint kaum möglich, und die besonderen sind nach § 459 nicht anwendbar.

Nochmals: Die Zurückverweisung von Rentensachen an die Landesversicherungsanstalt.

Zu der Entgegnung von Schlenther auf meinen Artikel in Nr. 3 dieser Zeitschrift sei mir eine kurze Erwiderung gestattet.

1. Schlenther bestreitet, daß die Versicherungsanstalt bei der Entscheidung über die Rentenansprüche überwiegend die Stellung eines Richters habe. Wäre dies richtig, so würde meine Ansicht dadurch wesentlich an Boden gewinnen, denn aus der Parteistellung kann die Pflicht zur Aufklärung des Tatbestandes noch weniger geschlossen werden als aus der Stellung eines Richters.

2. Schlenther folgert so: Wäre die Versicherungsanstalt richterliche Instanz, so wäre sie in dieser Eigenschaft den Versicherungsämtern als Spruchinstanzen in Krankenkassensachen gleichgestellt, und diese hätten doch die Pflicht völliger Sachaufklärung. Zugegeben! Aber den Versicherungsämtern ist die Aufklärung des Sachverhaltes durch §§ 1652, 1665 RVO. auferlegt, den Versicherungsanstalten aber nicht, vielmehr ist im Rentenverfahren diese Aufgabe durch § 1617 dem Vorsitzenden des Versicherungsamts zugewiesen. Das ist eben der grundsätzliche Unterschied.

3. Ich kann nicht anerkennen, daß aus der Eigenschaft einer Dienststelle als richterliche Instanz ohne weiteres ihr Recht, von Amts wegen Beweis zu erheben, hergeleitet werden muß, nehme vielmehr an, daß diese Aufgabe vom Gesetz einer anderen Stelle zugewiesen werden kann. Diesen Weg ist die RVO. im § 1617 gegangen.

4. Daß meine Ansicht unrichtig sein muß, folgert Schlenther daraus, daß in Unfallsachen dem Versicherungsamt die erschöpfende Aufklärung des Tatbestandes durch § 1598 RVO. unmöglich gemacht sei. Es ist mir zweifellos, daß dieser Schluß verfehlt ist und daß ein Vergleich mit der Unfallversicherung gerade die Richtigkeit meiner Ansicht bestätigt. Denn auf dem Gebiete der Unfallversicherung ist, wie Schlenther zutreffend bemerkt, dem Versicherungsamt die erschöpfende Aufklärung des Tatbestandes nicht übertragen, dafür aber nach § 1571 Abs. 1 RVO. diese Aufgabe dem Versicherungsträger zugewiesen. Auf dem Gebiete der Invalidenversicherung liegt die Sache gerade umgekehrt. Hier hat nach § 1617 Abs. 1, 2 der Vorsitzende des Versicherungsamts den Tatbestand erschöpfend aufzuklären, eine dem § 1571 Abs. 1 RVO. entsprechende Bestimmung enthält die RVO. dagegen für den Träger der Invalidenversicherung nicht.

Dazu kommt noch, daß der Vorentwurf der RVO. dem Träger der Invalidenversicherung das Recht der Beweiserhebung zugedacht hatte. § 1665 Abs. 1 bestimmte: „Erachtet die zur Feststellung berufene Stelle die Sache für noch nicht genügend aufgeklärt, so kann sie entweder selbst weiteren Beweis erheben oder das Versicherungsamt darum ersuchen." Diese Bestimmung hat der Entwurf der RVO. nicht übernommen. Er hat vielmehr die Bestimmungen der §§ 1632, 1643 des Vorentwurfs über die Aufklärungspflicht des Versicherungsamts im § 1578 des Entwurfs (§ 1617 des Gesetzes) erweitert und die Begr. (S. 492) sagt dazu zwar kurz aber doch deutlich: „Die Vorbereitung der Sache, insbesondere die Ermittlung des Tatbestandes liegt dem Vorsitzenden des Versicherungsamts ob."

5. Schlenther meint, daß die Versicherungsanstalt jedenfalls während des eigentlichen Feststellungsverfahrens Versicherungsträger und als solcher zur erschöpfenden Sachaufklärung genötigt sei. Auch das halte ich für unrichtig. Schlenther übersieht, daß — abgesehen von der Bescheiderteilung — ein Verfahren vor der Versicherungsanstalt überhaupt nicht stattfindet. Das Verfahren bei Feststellung der Leistungen der Invalidenversicherung zerfällt nach der RVO. in 3 Abschnitte, nämlich

1. Anmeldung der Ansprüche (§§1613—1616),
2. Vorbereitung der Sache durch das Versicherungsamt (§§ 1617—1629),
3. Entscheidung der Versicherungsträger (§§ 1630 bis 1634).

Digitized by Google

Dieser letzte Abschnitt beginnt sofort mit der Bescheiderteilung durch den Versicherungsträger.

Auch abgesehen hiervon kann m. E. aus der Eigenschaft der Versicherungsanstalt als Versicherungsträger nicht ihre Pflicht zur Sachaufklärung hergeleitet werden, wenn das Gesetz diese Aufklärung einer anderen Stelle zugewiesen hat. Dieselbe Pflicht würde sonst den Krankenkassen obliegen. Könnte dann nicht das Versicherungsamt, welches in Krankenkassensachen im Spruchverfahren zu entscheiden hat, die Krankenkasse im Aufsichtswege anhalten, den Tatstand aufzuklären, obwohl doch das Gesetz dies dem Versicherungsamt zuweist? Und wie wäre es, wenn der Gesetzgeber jenen gefolgt wäre, die auf dem Gebiete der Invalidenversicherung den Versicherungsämtern nicht nur die Begutachtung, sondern auch die Entscheidung übertragen wollten? Die Stellung der Versicherungsanstalt als Versicherungsträger hätte sich dadurch in keiner Weise geändert. Wo wäre da aber der Raum geblieben für die aus der Stellung als Versicherungsträger hergeleitete Pflicht zur Aufklärung des Sachverhalts?

5. Schlenther meint, daß meine praktischen Ergebnisse den Widerspruch herausfordern. Ich gebe zu, daß die Rechtslage durchaus unbefriedigend ist. Die Schwierigkeit besteht darin, daß die Aufklärung des Tatbestandes der einen, und die Entscheidung in der Sache einer anderen Behörde übertragen ist, die auf die Geschäftsführung der ersteren keinerlei Einfluß hat. Die Schwierigkeit wäre vermieden, wenn eine dem § 1571 Abs. 1 RVO. entsprechende Bestimmung auch für die Versicherungsanstalten in das Gesetz aufgenommen wäre, wie der Vorentwurf es wollte. Daß diese Schwierigkeit durch die Auslegung beseitigt werden kann, glaube ich nicht. Wohl aber könnte es durch Aufnahme einer entsprechenden Bestimmung in der Versicherungsamtsordnung geschehen.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und recht deutlich zu schreiben.

Krankenversicherung der Hebeammen.

1. Nach G. Frage: Von dem hiesigen Kreise sind die früheren Kirchspielshebeammen als Kreishebeammen angestellt worden. Sie erhalten ein bestimmtes Gehalt, größtenteils 130—200 jährlich, freie Lieferung der Instrumente usw.; garantiert wird allen Hebeammen ein Jahreseinkommen von 500 M. Die meisten Hebeammen haben aus ihrer Praxis mehr als 500 M., so daß der Kreis für sie keine Zuschüsse zu leisten hat. Während der ersten 10 Jahre kann keine Kündigung erfolgen. Wird von dem Kündigungsrecht kein Gebrauch gemacht, so erfolgt die stillschweigende feste Anstellung. Im Falle der Erwerbsunfähigkeit tritt eine Pensionierung ein mit einem Ruhegehalt von jährlich 150 M. Sind die Kreishebeammen hiesigen Kreises krankenversicherungspflichtig? Von dem Kreisausschusse wird die Pflicht bestritten.

Antwort: Hebeammen sind nicht krankenversicherungspflichtig. Sie üben eine selbständige Erwerbstätigkeit aus, und zwar auch dann, wenn sie gegen feste Vergütung von einer Gemeinde für bestimmte Bezirke angestellt sind. (Vergl. Anleitung des RVA. Ziff. 71 Abs. 4). Wohl aber sind sie berechtigt, sich gemäß § 176 Ziff. 3 RVO. freiwillig zu versichern, wenn nicht ihr jährliches Gesamteinkommen 2500 Mark übersteigt. (Vergl. Anl. d. RVA. Ziff. 74 b, wo freilich von der freiwilligen Invalidenversicherung die Rede ist, doch spricht § 1243 Ziffer 2 genau so, wie § 176 Ziff. 3 von Gewerbtreibenden und anderen Betriebsunternehmern, die in ihren Betrieben regelmäßig keine oder höchstens zwei Versicherungspflichtige beschäftigen).

Ersatzanspruch der Versicherungsanstalt an die Krankenkasse im Falle der Unterbringung eines Mitgliedes in einer Trinkerheilanstalt.

2. Nach Minden. Antwort: Die Frage, ob die Ueberweisung eines Trinkers in eine Trinkerheilanstalt durch die Versicherungsanstalt Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Krankenversicherung bedinge, ist ebenso zu entscheiden, wie wenn die Ueberweisung durch die Reichsversicherungsanstalt erfolgt. Wir verweisen daher auf die Auskunft in der Arb.-Vers. 1914 S. 199 Ziffer 5. Wäre also das Mitglied imstande, ohne Verschlimmerung seines Zustandes weiter zu arbeiten, so würde er nicht arbeitsunfähig und die Kasse nicht zur Gewährung von Kranken- oder Hausgeld verpflichtet sein. Besteht jedoch Arbeitsunfähigkeit, so könnte allerdings die Versicherungsanstalt Ersatz nach Maßgabe des § 1518 RVO. von der Kasse verlangen; der Reichsversicherungsanstalt steht ein solcher Ersatzanspruch nicht zu.

Nebenbeschäftigung in der Kranken- und der Invalidenversicherung.

3. Nach St. Frage. a) Hier, in St. besteht ein Rohstoffverein. Den Verkauf für ihn besorgt eine Frau Gr. Sie erhält dafür 200 Mark, und für wöchentlich zweimaliges Reinigen der Räume 50 Mark im Jahr; ich halte die Frau für versicherungspflichtig zur Kranken- wie zur Invalidenversicherung. Sie muß den ganzen Tag da sein, wenn jemand kommt, um etwas zu kaufen. Seitens der Versicherunsanstalt wurde die Invalidenversicherungspflicht nicht anerkannt.

Digitized by Google

b) In dem hiesigen Steueramte ist eine Frau angestellt, die die Räumlichkeiten in jeder Woche zweimal reinigt. Dafür bekommt sie monatlich 9 Mark. Liegt hier Versicherungspflicht vor?

Antwort: a) Offenbar ist die Frau versicherungspflichtig. Denn da sie den ganzen Tag über für den Verkauf zur Verfügung stehen muß, so handelt es sich nicht um vorübergehende Dienstleistungen. Aber selbst wenn man solche annehmen wollte, so kann ein Verdienst von 250 Mark jährlich in einer Stadt, wo wahrscheinlich die Lebenshaltung ziemlich billig ist, nicht als geringfügig und unerheblich für den Unterhalt bezeichnet werden. Allerdings müßte noch nachgeprüft werden, ob nicht doch etwa nach der Sachlage die Versicherungsfreiheit auf Grund der Verordnungen vom 27. Dezember 1899 (Arb.-Vers. 1900 S. 76) und vom 17. November 1913 (Arb.-Vers. 1913 S. 848) begründet sein sollte. Hierzu reichen die gemachten Angaben nicht aus.

b) Wenn die Frau sonst Lohnarbeit nicht berufsmäßig leistet, so ist sie versicherungsfrei. Denn die Dienstleistungen sind nur vorübergehende, wenn auch regelmäßige, und der Verdienst von monatlich 9 Mark dürfte für den Unterhalt nicht erheblich sein. (Vergl. die beiden unter a erwähnten Verordnungen).

Bureau- und Kassengehilfen sind keine Facharbeiter.

4. Nach O. Antwort: Was das Gesetz unter „Facharbeitern" versteht, läßt sich aus § 923 Abs. 3 RVO. hinsichtlich der landwirtschaftlich Beschäftigten entnehmen. Man kann die Begriffsbestimmung gewiß auch auf gewerblich Beschäftigte, nicht aber auf die im Bureaudienst tätigen Gehilfen übertragen. Ueberdies handelt es sich in Ihrem Falle nur um Auslegung der Satzungsbestimmung, durch welche „Vorarbeiter, Maschinisten, Facharbeiter" derselben Mitgliederklasse zugewiesen sind. Diese Zusammenstellung gestattet wohl kaum einen Zweifel, daß hier unter Facharbeitern nur gewerblich Beschäftigte und nicht auch Bureau- und Kassengehilfen verstanden werden dürfen.

Wahlrecht der Unständigen zwischen freiwilliger Versicherung nach § 313 und Pflichtversicherung nach § 442 RVO. — Wartezeit für Unständige nach § 451.

5. Nach Bremen. Antwort: a) Aus § 443 RVO. und der Begründung hierzu (S. 234 zu § 471 Entw.) ergibt sich für denjenigen, der eine Versicherung gemäß § 313 freiwillig fortsetzt und unständige Beschäftigung ausübt, ein Wahlrecht: er kann sich nach § 442 zur Eintragung in das Verzeichnis der Unständigen anmelden, so daß die bisherige freiwillige Versicherung nach § 313 erlischt; er kann aber auch diese weiter fortsetzen und darf dann nicht von Amts wegen in das Verzeichnis der Unständigen eingetragen werden. Im zweiten Falle sind dann selbstverständlich auf seine Versicherung sämtliche besondere Vorschriften für Unständige (§§ 442 ff.) unanwendbar.

b) Die Wartezeit für Unständige, welche durch die Satzung nach § 451 eingeführt werden kann, entspricht oder ähnelt, wie die Begr. (S. 235 zu § 479 Entw.) hervorhebt, der sonst nur für den Anspruch der Versicherungsberechtigten zulässigen Wartezeit nach §§ 207, 209. Der § 451 Abs. 2 entspricht dem § 209 Abs. 1 und darf daher, wie dieser, nur auf eine frühere Mitgliedschaft bei derselben Kasse bezogen werden.

Die Kasse muß die Kosten einer notwendigen Fahrt zum Arzt dem Mitglied erstatten.

6. Nach Troisdorf. Antwort: Die Kasse muß auch diejenigen Kosten erstatten, die aufgewendet werden müssen, um die ärztliche Behandlung zu ermöglichen. Kann dem Mitglied nicht gut zugemutet werden, den Weg zum Arzt zu Fuß zurückzulegen, so hat also die Kasse das Fahrgeld zu bezahlen (Vergl. Hahn, Handb. d. Kr.-Vers., Anm. 4c zu § 182 RVO.).

Bildung eines Sondervermögens aus dem Vermögensüberschuß einer aufgelösten Innungskasse.

7. Nach Annaberg. Antwort: Der Vermögensüberschuß, den eine aufgelöste Innungskrankenkasse nach Abwicklung der Geschäfte aufweist, kann nicht zur Bildung eines Sondervermögens ihrer Mitglieder nach § 294 Abs. 2 RVO. verwendet werden; denn diese Bestimmung gilt nur für den Fall der Vereinigung, nicht den der Auflösung. Für diese kommt aber § 295 RVO. zur Anwendung, wie § 303 Abs. 2 ausdrücklich besagt. Hat die Innung nachweisbar der aufgelösten Kasse freiwillige Zuwendungen gemacht, so kann sie über einen entsprechenden Teil des freien Vermögens zugunsten eines Sondervermögens für die auf die andere Kasse übergehenden Mitglieder verfügen. Sie kann hierbei dann auch bestimmen, daß das Sondervermögen zur Gewährung von Familienhilfe zu verwenden sei, und demgemäß ist es von der anderen Kasse zu verwalten (§ 295 in Verbindung mit § 294 Abs. 3). Für diesen Fall gilt § 294 Abs. 2 nicht; das Sondervermögen braucht daher nicht bloß zu Zuschüssen auf das Sterbegeld verwendet zu werden. (Vgl. Hahn, Handb. d. Kr.-Vers., Anm. 2 zu § 295 RVO.). Ist freies Vermögen, das aus freiwilligen Zuwendungen der Innung gebildet worden ist, nicht vorhanden oder hat diese, wenn es vorhanden sein sollte, eine besondere Bestimmung über seine Verwendung nicht getroffen, so darf überhaupt daraus kein Sondervermögen gebildet werden, weil eben § 294 Abs. 2 nicht für den Fall der Auflösung gilt.

Nur für versicherungspflichtige Hausgewerbtreibende müssen die Arbeitgeber Zuschüsse leisten.

8. Nach Neugersdorf. Antwort: Die Verpflichtung des Arbeitgebers, für einen Hausgewerbtreibenden Zuschüsse zu zahlen, setzt natürlich voraus, daß dieser überhaupt versicherungspflichtig ist. Sie fällt also fort bei solcher hausgewerblichen Beschäftigung, welche im Sinne der Bekanntmachung vom 17. November 1913 (Arb.-Vers. 1913 S. 848) „vorübergehend" und deshalb versicherungsfrei ist. In solchen Fällen braucht der Arbeitgeber auch keine Monatsliste einzureichen. Es scheint ein

Digitized by Google

weit verbreiteter Irrtum zu sein, daß das Gegenteil aus den Bestimmungen des Bundesrats laut Bekanntm. v. 5 Dezember 1913 Ziff. I 9 (Arb.-Vers. 1914 S. 12) folge. Wenn es dort heißt, daß der Auftraggeber die Zuschüsse für alle von ihm beschäftigten Hausgewerbtreibenden einzuzahlen hat und daß es nicht darauf ankommt, ob der einzelne einer Kasse angehört, insbesondere ob er seiner Meldepflicht genügt hat usw., so ist daran gedacht, daß Hausgewerbtreibende nicht, wie andere Versicherungspflichtige, kraft Gesetzes ohne weiteres, sondern daß sie erst durch Eintragung in das Mitgliederverzeichnis Kassenmitglieder werden. Darauf soll es nicht ankommen. Aber versicherungspflichtig müssen sie selbstverständlich sein. Den Auftraggebern irgendwelche Pflichten für solche Hausgewerbtreibenden aufzuerlegen, die der Versicherung nicht unterliegen, wäre der Bundesrat nicht einmal befugt. Er hat dies offenbar auch gar nicht beabsichtigt.

Krankenversicherung von Winzern.

9. D. 100. Frage: Die Bevölkerung des Kassenbezirks besteht in der Hauptsache aus Winzern (kleinen Bauersleuten). Diese besitzen fast durchweg einige Morgen eigene Weinberge, die sie bebauen. Dazu übernehmen sie von größeren Weingutsbesitzern noch 1—2 Morgen Weinberge zum Bebauen und zur Pflege. Sie teilen sich die gesamten Arbeiten entsprechend ein und arbeiten z. B. in der Zeit, während deren die Reben zu schneiden oder anzubinden oder andere Weinbergsarbeiten der Jahreszeit noch zu verrichten sind, 1—2 Tage in dem übernommenen Weinberg. Die Vergütung, die diese kleinen Winzer von den großen Gutsbesitzern erhalten, bemißt sich nicht nach dem Taglohn und der Zeit, die in Wirklichkeit aufgewendet wird, sondern nach der Größe des zu bearbeitenden Weinbergs und ist ortsüblich für den Morgen auf 100 Mark fest vereinbart. Sind diese Winzer versicherungspflichtig und sind sie, wenn sich die Arbeiten auf die Zeit von Frühjahr bis Herbst erstrecken, während des ganzen Jahres zu versichern?

Antwort: Die Winzer verrichten Arbeiten, die regelmäßig unselbständige Arbeiter ausführen, und müssen daher auch selbst als Lohnarbeiter und nicht als selbständige Unternehmer gelten. In diesem Sinne hat das Reichsversicherungsamt wiederholt entschieden. (Vergl. Anleitung des RVA. über den Kreis der versicherungspflichtigen Personen, Ziffer 16.) Die Winzer sind somit auch krankenversicherungspflichtig, jedoch nur im Frühjahr und Sommer, wo sie jene Arbeiten verrichten. Da der Weinbau zur Landwirtschaft gehört, so gehören sie zu den in dieser beschäftigten Personen.

Zur Krankenversicherungspflicht der Hausgewerbtreibenden. — Auskunftspflicht der Krankenkassen gegenüber den Ersatzkassen.

10. Nach Mühlhausen (Thüringen). Fragen: a) Auf Grund des Bundesratsbeschlusses zu § 168 RVO. hat das Versicherungsamt einen Entgelt bis zu 3,60 M. per Woche als einen für hier geringfügigen bezeichnet. Dürfen wir daraufhin auch Hausgewerbetreibende, deren Verdienst doch im Allgemeinen ein geringfügiger ist, sofern sie weniger als 3,60 p. Woche verdienen, als nicht versicherungspflichtig abweisen? Wenn ja, muß der Arbeitgeber auch für diese Personen 2 % des Entgelts an uns abführen? Die Zuschüsse sollen den Versicherten gutgeschrieben werden; was geschieht mit den Zuschüssen, die für diese nichtversicherungspflichtigen Personen gezahlt werden?

b) Die Beschäftigung der Hausgewerbetreibenden ist hier zum Teil eine ganz unregelmäßige, es wird vorkommen, daß der Auftraggeber monatelang keine Zuschüsse zu leisten hat; bleiben trotzdem die Ansprüche der Versicherten (also vorläufig auf die Regelleistungen unter Zugrundelegung des Ortslohnes), in voller Höhe bestehen? Oder kann er in diesem Falle im Mitgliederverzeichnis gelöscht werden?

c) Wenn ja, müssen wir ihm von der Löschung Mitteilung machen, um ihm die Fortsetzung der freiwilligen Mitgliedschaft zu ermöglichen? Macht er von letzterer Gebrauch, welche Ansprüche behält er, nachdem doch die Zuschüsse fortgefallen sind? Zählt er dann überhaupt noch zu den Hausgewerbetreibenden oder zu den übrigen freiwilligen Mitgliedern?

d) Wenn sich der Hausgewerbetreibende, für den schon Auftraggeberzuschüsse gezahlt sind, verspätet zur Eintragung ins Mitgliederverzeichnis und gleichzeitig krank meldet, hat er dann schon Ansprüche?

e) Der Ortslohn für weibliche Personen über 21 Jahre ist hier auf 2 M. festgesetzt; das Krankengeld würde demnach 6 M. betragen, also in vielen Fällen mehr, als der Hausgewerbetreibende überhaupt sonst verdient. Wir befürchten daher, daß dieser Zustand, sobald sich die Sache ausspricht, von den Versicherten ausgenutzt werden wird. Können wir dagegen irgendwie schützen?

f) Der Vertrauensmann einer Ersatzkasse ersucht uns um Angabe der Klassen, zu welchen diejenigen Mitglieder, die von § 517 Gebrauch gemacht haben, seitens der Arbeitgeber gemeldet sind, um im Erkrankungsfalle das richtige Krankengeld zahlen zu können. Sind wir hierzu verpflichtet? Sind wir verpflichtet, dies den Mitgliedern selbst zu bescheinigen?

Antwort: a) Im Sinne des § 168 (§ 466) RVO. in Verbindung mit Ziff. I 3 der Bekanntm. v. 17. 11. 13 (Arb.-Vers. 1913 S. 848) sind wegen Geringfügigkeit des Entgelts nur solche Hausgewerbetreibende versicherungsfrei, die sonst keine berufsmäßige Lohnarbeit verrichten und die hausgewerblichen Arbeiten zwar in regelmäßiger Wiederkehr, aber nur nebenher ausführen. Nur wegen Geringfügigkeit des Entgelts darf also der Hausgewerbetreibende nicht abgewiesen werden. Liegen aber auch die anderen erwähnten Voraussetzungen vor, so entfallen selbstverständlich die Zuschüsse des Arbeitgebers, da die §§ 466 ff. sich nur auf versicherungspflichtige Hausgewerbetreibende beziehen, wie aus § 466 klar hervorgeht.

b) Der Eingetragene bleibt nach § 468 mit § 446 Mitglied auch während der Zeit, in der er vorübergehend nicht hausgewerblich beschäftigt ist. Die Kasse löscht ihn aber im Verzeichnisse, sobald sie hinreichenden Anlaß zu der Annahme hat, daß er die hausgewerbliche Beschäftigung nicht bloß vorübergehend, also daß er sie dauernd aufgegeben hat (§ 468 mit § 447). Auch dann behält er die Ansprüche, die aus Versicherungsfällen vor der Löschung entstanden sind, für die volle satzungsmäßige Dauer noch über die Löschung hinaus. Wenn ein nicht bloß vorübergehendes Aufgeben der Beschäftigung anzunehmen ist, läßt

Digitized by Google

sich allgemein nicht sagen, sondern kann immer nur im Einzelfalle nach der Gesamtheit der Umstände beurteilt werden. Streit ist nach § 405 Abs. 2 zu entscheiden.

c) Wer gelöscht wird, kann nach § 313 mit §§ 468, 447 Abs. 3 Mitglied bleiben und hat dann Beitragspflicht und Leistungsansprüche nach näherer Bestimmung der Satzung. Fehlt es in der Satzung an besonderen Bestimmungen hierüber, so ist anzunehmen, daß beides wie vor der Löschung unverändert bestehen bleibt (§ 480), wenn der Versicherte nicht nach § 313 Abs. 1 S. 2 in eine niedere Stufe übertritt. Von der Löschung braucht ihm die Kasse keine besondere Mitteilung zu machen (vgl. Hahn, Handb. S. 622 Anm. 3 zu § 447). Bietet er den nächsten Beitrag, in Unkenntnis der Löschung, rechtzeitig an, so wird die Kasse ihm nunmehr eröffnen müssen, daß er gelöscht ist, und sie wird den Beitrag zum Zweck der freiwilligen Weiterversicherung annehmen müssen, falls er es verlangt.

d) Der Satz, daß für Versicherungspflichtige der Anspruch auf die Kassenleistungen sofort mit dem Eintritt in die Kasse beginnt, auch wegen einer bereits bestehenden Krankheit (Hahn in Arb.-Vers. 1913 S. 841 ff.), gilt auch für Hausgewerbetreibende, die sich zur Eintragung anmelden.

e) Als Krankengeld ist der halbe Ortslohn nur dann zu gewähren, wenn die Satzung es bestimmt, andernfalls richtet sich das Krankengeld nach der Gutschrift gemäß näherer Vorschrift in § 482 Abs. 2. Wenn also die Kasse bei Bemessung des Krankengeldes nach dem Ortslohn Mißbrauch und Benachteiligung besorgt, so muß sie die Satzung ändern.

f) Wenn der „Vertrauensmann" nach der Satzung der Ersatzkasse als Organ derselben anzusehen ist, so muß ihm die fragliche Auskunft erteilt werden (§ 524 mit § 116). Eine gesetzliche Pflicht der Krankenkasse, den Mitgliedern die fragliche Bescheinigung auszustellen, besteht nicht; doch würden wir es für billig und sachgemäß halten, daß die Kasse auf Verlangen eine solche Bescheinigung erteilt.

Ersatzanspruch der Krankenkasse wegen Unfallverletzung.

11. Nach Duisburg. Frage: Ein Kassenmitglied von uns, das als Aushülfeschaffner Sonntags bei der Straßenbahngesellschaft beschäftigt war, erlitt in dieser Nebenbeschäftigung einen schweren Unfall. Da die Aushülfeschaffner von der Straßenbahngesellschaft gegen Krankheit nicht versichert sind, so wären wir zur Zahlung des Krankengeldes verpflichtet. Können wir nun die Straßenbahn zur Ersatzleistung des Krankengeldes heranziehen?

Antwort: Die Straßenbahn ist nicht zum Ersatz des Krankengeldes verpflichtet. Denn die Haftung gegenüber dem Versicherten fällt nach § 898 RVO. dann fort, wenn der Betrieb des Unternehmers der Unfallversicherung unterliegt, und dann kommt ein Anspruch gegen die Straßenbahn, der nach § 1542 RVO. auf die Kasse übergehen könnte, nicht in Frage. § 1542 Abs. 1 Satz 2 besagt dies noch ausdrücklich. Nur wenn Bevollmächtigte oder Repräsentanten des Unternehmers oder Betriebs- und Arbeiteraufseher den Unfall vorsätzlich oder fahrlässig mit Außerachtlassung der ihnen vermöge ihres Amtes, Berufes oder Gewerbes obliegenden Aufmerksamkeit herbeigeführt haben und dies strafgerichtlich festgestellt worden ist, so würden sie nach § 903 RVO. haften, der Kasse also das Krankengeld erstatten müssen. Daß ein solcher Fall vorliegen sollte, ist in der Darstellung des Sachverhalts nicht angedeutet. Hat jedoch irgend ein Dritter, der nicht zu den genannten Personen gehört, den Unfall verschuldet, so würde er an sich dem Versicherten nach § 823 ff. B.G.B. und demgemäß nach § 1542 RVO. der Kasse haften. Es käme nur der Ersatz des Unfallzuschusses nach § 576 RVO. in Frage.

Unfall beim „Freudenschießen" kein Betriebsunfall.

12. Nach „Ausland". Antwort: Wenn aus Anlaß von Hochzeiten der Mitarbeiter oder sonstigen Dorfbewohner herkömmlich von den Arbeitern im Steinbruch Freudenschüsse abgegeben werden, so hat das mit dem Betriebe nicht das geringste zu tun. Dadurch, daß dies unter den Augen des Aufsehers geschieht, daß auch der Unternehmer die Sitte kennt und stillschweigend duldet und daß das Schießmaterial von den Vorräten des Arbeitgebers entnommen wird, wird das Schießen nicht zu einer Betriebsveranstaltung und ein dadurch verursachter Unfall nicht zu einem Betriebsunfall. Eine Entscheidung des Reichsversicherungsamts, die eine andere Beurteilung rechtfertigte, ist uns nicht bekannt. Zu vgl. dagegen die Ausführungen im Handb. d. Unf.Vers. Bd. 1 S. 105. Wenn freilich der Schuß, der die Verletzung verursachte, tatsächlich zugleich den Zweck hatte, an einer vom Arbeitgeber hierzu bestimmten Stelle Steine zu brechen, so handelt es sich um einen Betriebsunfall.

Berechnung des durchschnittlichen Tageentgeltes.

13. Nach A. W. Antwort: Wird bei der Berechnung des Tagesentgeltes der Jahresarbeitsverdienst zugrunde gelegt, so ist dieser regelmäßig durch 300 zu teilen, durch 365 nur dann, wenn der Versicherte auch an Sonn- und Feiertagen dem Arbeitgeber zur Verfügung stehen muß, wie z. B. Dienstboten, Kellner (vgl. Arb.-Vers. 1908 S. 583 unter Ziff. 12).

Anfechtung von Wahlen hat keine aufschiebende Wirkung.

14. Nach Haspe. Antwort: Die in § 21 der Musterwahlordnung für Ortskrankenkassen vorgesehene Anfechtung des Wahlergebnisses hat keine aufschiebende Wirkung. Beschlüsse, die von den Kassenorganen vor Ablauf der Anfechtungsfrist gefaßt werden, sind daher keineswegs ungültig.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Dippe; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe; Geh. Regierungsrat Professor Dr. Laß, Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Rat Dr. Olshausen; Geheimrat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1063 der ganzen Folge

31. Jahrgang | **1. Mai 1914** | **Heft 13**

Welche Bedeutung hat es für die Krankenversicherung, wenn jemand gleichzeitig mehrere Beschäftigungen ausübt?

Von Landesversicherungsassessor **Seelmann** in **Oldenburg.**

Für die Krankenversicherung kann es in mehrfacher Beziehung von Bedeutung sein, wenn jemand gleichzeitig in mehreren Arbeitsverhältnissen steht; es können sich daraus Zweifel ergeben bezüglich der Versicherungspflicht, der Kassenzugehörigkeit, Meldepflicht, Beitragszahlung und der Zugehörigkeit zu den einzelnen Berufsgruppen. Im Nachstehenden soll der Versuch gemacht werden, diese Frage klar zu stellen.

I. Bedeutung für die Versicherungspflicht.

1. Lohnarbeitertätigkeit neben Unternehmertätigkeit. Wenn Arbeiter, Gesellen, Gehilfen (§ 165 Nr. 1 RVO.) neben der Lohnarbeitertätigkeit noch eine Unternehmertätigkeit oder sonst einen selbständigen Beruf ausüben, so ist diese Tätigkeit ohne Einfluß auf die Entscheidung der Frage, ob Versicherungspflicht vorliegt. Sie kann nur insoweit in Betracht gezogen werden, als es sich darum handelt, ob nach § 168 RVO. Befreiung von der Versicherungspflicht eintritt.

Dasselbe gilt, wenn ein Hausgewerbtreibender noch eine andere selbständige Tätigkeit ausübt, wobei jedoch § 162 Abs. 2 RVO. nicht übersehen werden darf.

2. Mehrere Beschäftigungsverhältnisse aus § 165 Nr. 1 und 6 RVO. Stehen Personen gleichzeitig in mehreren der im § 165 Nr. 1 bezeichneten Beschäftigungsverhältnissen (Arbeiter, Gehilfen usw.), oder sind sie für mehrere Auftraggeber als Hausgewerbtreibende tätig, oder trifft die Lohnarbeitertätigkeit mit der hausgewerblichen Tätigkeit zusammen, so ist für die Frage, ob Versicherungspflicht vorliegt, der Verdienst aus den verschiedenen Tätigkeiten zusammenzunehmen, auch wenn ständige und unständige Beschäftigung zusammenfällt (unter III unter 1). Für die 2500 Mark-Grenze ist dies ohne Bedeutung, da die in § 165 Nr. 1 und Nr. 6 bezeichneten Personen der Versicherungspflicht auch dann unterliegen, wenn der Verdienst höher ist als 2500 Mark. Allerdings kann nach § 467 RVO. der Bundesrat bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Hausgewerbtreibende, denen ein jährliches Gesamteinkommen von mindestens 2500 Mark sicher ist, auf ihren Antrag für ihre eigene Person versicherungsfrei werden, doch sind derartige Bestimmungen bisher nicht getroffen. Wichtig aber ist die Zusammenzählung des Verdienstes für die Entscheidung der Frage, ob auf Grund des § 168 RVO. und des dazu ergangenen Bundesratsbeschlusses vom 17. November 1913, der nach § 466 RVO. auch für Hausgewerbtreibende und nach § 442 RVO. auch für unständige Arbeiter gilt, Befreiung von der Versicherungspflicht eintritt. Es sind da zwei ver-

Digitized by Google

schiedene Fälle zu unterscheiden. Nach Ziff. 3 des erwähnten Bundesratsbeschlusses gelten vorübergehende Dienstleistungen dann als versicherungsfrei, wenn sie von Personen, die sonst keine berufsmäßige Lohnarbeit verrichten, zwar in regelmäßiger Wiederkehr, aber nur nebenher und gegen einen geringfügigen Entgelt ausgeführt werden. Dabei gilt ein Entgelt als geringfügig, wenn er für den Lebensunterhalt während des Zeitraumes, innerhalb dessen die Beschäftigung in regelmäßiger Wiederkehr ausgeübt wird, nicht wesentlich ist. Für die Beurteilung, ob auf Grund dieser Bestimmung Befreiung von der Versicherungspflicht eintritt, ist der Verdienst aus den verschiedenen Beschäftigungsverhältnissen zusammenzuzählen; dasselbe gilt auch von der Arbeitszeit (A. N. 97 Seite 335 Ziff. 578).

In anderen Fällen bleiben einzelne derartige Dienstleistungen versicherungsfrei, nämlich dann, wenn sie von Berufsarbeitern während des Bestehens eines regelmäßigen versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses zu einem bestimmten Arbeitgeber für andere Arbeitgeber nebenher, sei es gelegentlich, sei es in regelmäßiger Wiederkehr ausgeführt werden. Den versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen stehen solche gleich, die an sich versicherungspflichtig, aber nach §§ 169 bis 174 RVO. von der Versicherungspflicht ausgenommen sind. Zu vergl. Ziff. 4 des Bundesratsbeschlusses vom 17. November 1913.

Auf dem Gebiete der Invalidenversicherung ist zwar vom RVA. angenommen, daß die Zusammenrechnung von Lohnarbeit und Hausgewerbtätigkeit nicht zulässig sei (A. N. 97 S. 335, Ziff. 578, S. 591, Ziff. 618). Die Voraussetzungen für diese Entscheidungen liegen aber auf dem Gebiete der Kr.Vers. nicht vor, denn die Hausgewerbtätigkeit unterliegt nach § 165 RVO. der Versicherungspflicht in gleicher Weise wie die Lohnarbeit und § 168 RVO. findet nach § 466 RVO. auf Hausgewerbtreibende Anwendung.

3. Zusammentreffen einer Tätigkeit aus § 165 Nr. 1 oder 6 mit einer Tätigkeit aus § 165 Nr. 2—5. Dann sind verschiedene Fälle zu unterscheiden (Zu vergl. Düttmann Komm. Bd. IV, S. 6, 7).

a) Die unter § 165 Nr. 1 oder 6 fallende Tätigkeit ist, für sich allein betrachtet, versicherungspflichtig. Durch die hinzutretende, unter § 165 Nr. 2—5 fallende Tätigkeit erhöht sich aber der Jahresarbeitsverdienst auf mehr als 2500 Mark. Dann bleibt die Versicherungspflicht bestehen, denn die unter Nr. 1 oder 6 fallende Tätigkeit ist — abgesehen von dem oben unter 2 erwähnten Fall des § 467 — ohne Rücksicht auf die Höhe des Jahresarbeitsverdienstes versicherungspflichtig und durch die daneben ausgeübte Beschäftigung als Betriebsbeamter usw. kann diese Rechtsfolge nicht wieder aufgehoben werden (zu vergl. Rosin II, S. 58).

Versicherungspflichtig ist aber nur die unter § 165 Nr. 1 und 6 fallende Tätigkeit, während die unter § 165 Nr. 2—5 fallende Tätigkeit deshalb nicht versicherungspflichtig ist, weil der Gesamtjahresarbeitsverdienst höher ist als 2500 Mark.

b) Die unter § 165 Nr. 1 oder 6 fallende Tätigkeit ist, für sich allein betrachtet, nach § 168 RVO. versicherungsfrei und für die unter § 165 Nr. 2—5 fallende Tätigkeit wird eine Vergütung von mehr als 2500 Mark gezahlt. Dann muß angenommen werden, daß die unter § 165 Nr. 1 oder 6 fallende Tätigkeit durch das Hinzutreten der anderen versicherungspflichtig wird. Denn Ziff. 3 des Bundesratsbeschlusses vom 17. November 1913 kann keine Anwendung finden, weil es sich hier nicht um Personen handelt, die keine berufsmäßige Lohnarbeit verrichten. Auch Ziff. 4 des Bundesratsbeschlusses greift nicht Platz, weil die andere Tätigkeit nicht versicherungspflichtig ist.

c) Beide Berufstätigkeiten sind, jede für sich allein betrachtet, nach § 168 RVO. versicherungsfrei. Dann ist, wie oben im Falle 2 der Verdienst aus den beiden Beschäftigungen zusammenzuzählen und Versicherungspflicht anzunehmen, wenn nach dem Gesamtverdienst der nach § 168 RVO. erlassene Bundesratsbeschluß keine Anwendung finden kann.

Digitized by Google

d) Die unter § 165 Nr. 1 oder 6 fallende Tätigkeit ist, für sich allein betrachtet, nach § 168 RVO. versicherungsfrei, und die unter Nr. 2 fallende Tätigkeit ist deshalb versicherungsfrei, weil diese Beschäftigung nicht den Hauptberuf bildet. Dann ist anzunehmen, daß die unter Nr. 165 Nr. 1 oder 6 fallende Tätigkeit versicherungspflichtig wird, wenn bei Hinzurechnung der Tätigkeit aus § 165 Nr. 2 RVO. die Voraussetzungen für die Anwendung des nach § 168 RVO. ergangenen Bundesratsbeschlusses wegfallen. Umgekehrt wird die unter § 165 Nr. 2 fallende Tätigkeit nicht durch die andere Tätigkeit versicherungspflichtig, denn diese Beschäftigung wird nicht dadurch Hauptberuf, daß noch eine andere unter § 165 Nr. 1 oder 6 fallende Tätigkeit ausgeübt wird. Diese Unterscheidung ist wichtig für diejenigen Fälle, in denen die eine oder die andere Beschäftigung nicht das ganze Jahr hindurch ausgeübt wird, und für die Frage, welcher Arbeitgeber melde- und beitragspflichtig ist.

4. Zusammentreffen mehrerer Tätigkeiten aus § 165 Nr. 3—5 RVO. Uebt jemand mehrere der unter § 165 Nr. 3 bis 5 verzeichneten Berufsarten aus, so ist der Verdienst sowohl für die Frage, ob § 168 RVO. Anwendung findet, als auch für die 2500-Mark-Grenze zusammenzuzählen. Ein Handlungsgehilfe, der von zwei Firmen beschäftigt wird und aus jeder Anstellung 1500 Mark bezieht, ist also versicherungsfrei. (A. N. 02, S. 394, Ziff. 970, S. 550, Ziff. 1007, 05, S. 438, Ziff. 1208).

5. Zusammentreffen mehrerer Tätigkeiten aus § 165 Nr. 2 RVO. Uebt jemand mehrere der unter § 165 Nr. 2 verzeichneten Berufsarten aus, so sind, wie im Falle 4, die beiden Berufsarten zusammenzurechnen. Das gleiche gilt für die Frage, ob die Beschäftigung den Hauptberuf bildet. Letzteres ist also anzunehmen, wenn beide Berufstätigkeiten zusammen den Hauptberuf bilden. Ein selbständiger Landwirt also, der als solcher eine Reineinnahme von 1200 M. erzielt, und ferner als Gemeinderechnungsführer 900 M. sowie als Postagent 900 M. verdient, ist in den beiden letzten Berufszweigen versicherungspflichtig.

6. Zusammentreffen einer Tätigkeit aus § 165 Nr. 2 RVO. mit einer solchen aus § 165 Nr. 3—5 RVO. Wenn jemand eine unter § 165 Nr. 2 und eine unter § 165 Nr. 3—5 fallende Tätigkeit ausübt, so ist, wie im Falle 4, der Verdienst sowohl für die Frage, ob § 168 RVO. Anwendung findet, als auch für die 2500-Mark-Grenze zusammenzuzählen. Ein Zusammenrechnen der beiden Berufsarten ist aber dann nicht angängig, wenn es sich um die Frage handelt, ob die unter § 165 Nr. 2 fallende Tätigkeit den Hauptberuf bildet, denn der Gesetzgeber hat die unter diese Bestimmung fallenden Personenkreise gerade in diesem Punkte anders behandeln wollen als die übrigen. Hiernach ist ein selbständiger Landwirt, der als solcher eine Reineinnahme von 1200 M. erzielt, als Postagent 900 M. und als Orchestermitglied gleichfalls 900 M., in seiner Eigenschaft als Postagent nicht versicherungspflichtig, weil diese Tätigkeit nicht seinen Hauptberuf bildet, wohl aber als Orchestermitglied. Diese Unterscheidung ist wichtig für diejenigen Fälle, in denen eine Beschäftigung nicht das ganze Jahr hindurch ausgeübt wird und ferner für die Frage, welcher Arbeitgeber beitrags- und meldepflichtig ist.

7. Zusammentreffen einer Unternehmertätigkeit mit einer unter § 165 Nr. 2 fallenden Tätigkeit. Uebt jemand eine Unternehmer- oder sonst selbständige Tätigkeit und eine unter § 165 Nr. 2 fallende Tätigkeit aus, so ist diese nur versicherungspflichtig, wenn sie den Hauptberuf bildet.

8. Beim Zusammentreffen einer Unternehmertätigkeit mit einer unter § 165 Nr. 3 bis 5 fallenden Tätigkeit gilt dasselbe wie oben im Falle 1.

II. Kassenzugehörigkeit, Meldepflicht, Beitragszahlung.

Im Vorstehenden ist dargelegt, wann beim Zusammentreffen mehrerer Beschäftigungs-

Digitized by Google

verhältnisse Versicherungspflicht besteht. Es tauchen aber weiter die Fragen auf, welcher Krankenkasse der Versicherte angehören muß und wie die Meldepflicht und die Beitragszahlung in diesen Fällen sich regeln.

1. Kassenzugehörigkeit. Die RVO. hat ebenso wie das Krankenversicherungsgesetz den Grundsatz, daß niemand gleichzeitig zwei Zwangskrankenkassen angehören darf (§ 312 RVO). In welche Kasse Versicherte gehören, die gleichzeitig in verschiedenen versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen stehen, richtet sich nach ihrer überwiegenden Beschäftigung. Im Zweifel entscheidet das Arbeitsverhältnis, in das sie zuerst eingetreten sind. Der Bundesrat kann hierüber näheres bestimmen, hat es aber bisher nicht getan. (§ 309 RVO.).

Diese Bestimmung gilt nicht nur bei gleichzeitiger Arbeitsleistung für mehrere Arbeitgeber, also bei einem gemeinsamen Auftrag, sondern auch dann, wenn zwar die Arbeitsverhältnisse gleichzeitig bestehen, die Arbeit aber nacheinander getan wird, wie es z. B. dann der Fall ist, wenn eine Aufwärterin gleichzeitig zwei verschiedene Stellen hat. (Düttmann, Bd. II, S. 177, Hahn, Handbuch S. 413). Sie wird ferner auch anzuwenden sein, wenn jemand in einem einheitlichen Arbeitsverhältnis zu demselben Arbeitgeber steht, aber verschiedene Tätigkeiten ausübt, von denen jede die Zugehörigkeit zu einer anderen Kasse begründen würde (so Hahn, S. 414). Die überwiegende Beschäftigung ist diejenige, die die meiste Zeit in Anspruch nimmt. Dagegen kommt es nicht darauf an, ob der Entgelt für die eine oder die andere Tätigkeit größer oder geringer ist; für die Frage, welche Beschäftigung den Hauptberuf bildet, würde dies von Bedeutung sein; eine „überwiegende Beschäftigung" kann aber nur eine solche sein, bei der die Zeitdauer überwiegt, denn sonst würde eben die Beschäftigung nicht überwiegen (abweichend Düttmann, Bd. II, S. 177)*).

*) Anmerkung der Redaktion: Daß nur die Zeitdauer entscheiden soll, halten auch wir für bedenklich. Vgl. Monatsbl. f. Arbeiterversicherung 1913, wo überhaupt Näheres über diese Frage bemerkt ist.

In Uebereinstimmung mit Hahn (S. 415) ist anzunehmen, daß § 309 RVO. nur für Versicherungspflichtige gilt. Steht jemand gleichzeitig in mehreren Arbeitsverhältnissen, von denen das eine Versicherungspflicht begründet, das andere die Berechtigung zur freiwilligen Versicherung, so kommt das letztere nicht in Betracht, da beim Vorhandensein von Versicherungspflicht freiwillige Versicherung nicht zulässig ist. Steht jemand in mehreren Arbeitsverhältnissen, von denen jedes das Recht zum freiwilligen Beitritt bei einer anderen Kasse begründet, so kann er sich die Kasse frei wählen (Hahn in der Arb.-Vers. 13, S. 386).

Besondere Bestimmungen gelten noch für diejenigen Fälle, in denen jemand zu einer unrichtigen Kasse angemeldet ist, was beim Vorhandensein einer Mehrheit von Arbeitsverhältnissen leicht vorkommen kann. Nach § 315 RVO. hat eine Kasse, wenn sie für einen Versicherungspflichtigen nach vorschriftsmäßiger Anmeldung drei Monate ununterbrochen und unbeanstandet die Beiträge angenommen hat, ihn, solange sein Beschäftigungsverhältnis sich nicht ändert, als Mitglied mindestens bis zu dem Tage anzuerkennen, wo der Kassenvorstand ihn oder seinen Arbeitgeber schriftlich an eine andere Kasse verweist. Daß eine Anmeldung „vorschriftsmäßig" auch dann ist, wenn sie bei einer unrichtigen Kasse erfolgte, ist nach dem Inhalt dieser Bestimmung selbstverständlich. Bestreitet die andere Kasse die Kassenzugehörigkeit des Versicherten, so hat die alte Kasse bis zur Entscheidung, vorbehaltlich späterer Erstattung, vorläufig weiter die Beiträge anzunehmen und die Leistungen zu gewähren (§ 316 RVO.).

Zweifel über die Kassenzugehörigkeit entstehen auch dann, wenn jemand bezüglich der einen oder anderen Beschäftigung einem besonderen Berufszweige (Landwirtschaft usw.) angehört. Zu vergleichen hierüber unten den Abschnitt III.

2. Meldepflicht. Es entsteht weiter die Frage, was bezüglich der Meldepflicht und Beitragspflicht gilt, wenn ein Versicherter

Digitized by Google

mehrere Arbeitgeber hat. Nach § 317 RVO. haben die Arbeitgeber jeden von ihnen Beschäftigten, der zur Mitgliedschaft bei einer Orts-, Land- oder Innungskrankenkasse verpflichtet ist, binnen 3 Tagen nach Beginn und Ende der Beschäftigung zu melden. Dazu ist zunächst zu bemerken, daß eine Meldepflicht dann nicht besteht, wenn eine Beschäftigung auch nach Hinzurechnung der übrigen Beschäftigungen nicht versicherungspflichtig ist, wie es in den oben im Abschnitt I 3a und 3d erörterten Fällen dargelegt ist. Nach dem Wortlaut des § 317 RVO. ist zwar auch eine andere Auslegung möglich, doch darf nicht angenommen werden, daß ein Arbeitgeber eine nicht versicherungspflichtige Beschäftigung lediglich deshalb zu melden hat, weil der Beschäftigte aus irgend einem Grunde zur Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse verpflichtet ist.

Steht jemand bei mehreren Arbeitgebern in einem einheitlichen Arbeitsverhältnis, so daß er seine Arbeit gleichzeitig beiden leistet (Beispiel: Zwei Schwestern, die einen gemeinsamen Haushalt führen, halten ein gemeinschaftliches Dienstmädchen), so besteht die Meldepflicht für jeden der Arbeitgeber, doch genügt eine von den beiden Arbeitgebern gemeinsam bewirkte Meldung, auch wird der eine Arbeitgeber von seiner Meldepflicht befreit, wenn der andere das gemeinsame Arbeitsverhältnis ordnungsmäßig gemeldet hat.

Zweifelhaft wird die Sache dann, wenn die beiden Beschäftigungsverhältnisse zwar gleichzeitig neben einander bestehen, der Beschäftigte die Arbeit bei den mehreren Arbeitgebern aber nicht gleichzeitig, sondern nacheinander verrichtet, wie es z. B. dann der Fall ist, wenn eine Aufwärterin mehrere Stellen hat. Dabei ist dann weiter zu unterscheiden, ob die verschiedenen Beschäftigungsverhältnisse zu derselben Krankenkasse gehören oder nicht. Es ist davon auszugehen, daß alle Arbeitgeber meldepflichtig sind. Das ergibt sich einmal aus der allgemeinen Vorschrift des § 317 RVO., weiter aus dem Umstande, daß nach § 396 RVO. die sämtlichen Arbeitgeber als Gesamtschuldner haften und ferner daraus, daß, wie noch weiter unten dargetan werden wird, die Zuweisung des Versicherten zu den Lohnklassen nach dem Gesamtarbeitsverdienst erfolgt. (Uebereinstimmend Hahn, S. 414, 431, Hanow Bd. II, S. 363; Badischer Verwaltungsgerichtshof vom 6. Febr. 1909, Arb.-Vers. 1909, S. 827). In der Arb.-Vers. 10, S. 44 ist angenommen, daß bei einer Mehrheit von Arbeitsverhältnissen jeder Arbeitgeber pflichtmäßig und nach bestem Wissen die Angaben über die gesamten Lohnverhältnisse zu machen hat. Dem kann ich nicht beitreten. Meines Erachtens ist der Arbeitgeber nur verpflichtet, über das Beschäftigungsverhältnis, in dem der Versicherte zu ihm selbst steht, Angaben zu machen. Die übrigen Arbeitsverhältnisse gehen ihm nichts an; es ist vielmehr Sache der übrigen Arbeitgeber, sie zu melden, oder Sache der Krankenkasse, die erforderlichen Feststellungen zu treffen. Stellt man sich auf den entgegengesetzten Standpunkt, so müßte man auch annehmen, daß ein Arbeitgeber Aenderungen zu melden hat (§ 318, Abs. 2 RVO.), die in dem Beschäftigungsverhältnis bei anderen Arbeitgebern eintreten; so wären z. B., wenn eine Aufwärterin drei Stellen hat, die drei Arbeitgeber meldepflichtig, wenn ein Arbeitgeber eine Zulage gewährt hat. Es kann nicht angenommen werden, daß eine solche Verpflichtung besteht. Zweckmäßig ist es allerdings, daß der Arbeitgeber bei seiner Anmeldung mitteilt, was ihm über weitere gleichzeitige Beschäftigungsverhältnisse bekannt ist; er wird dadurch in vielen Fällen Weiterungen vermeiden. Eine Verpflichtung zu einer solchen Meldepflicht vermag ich aber nicht anzuerkennen.

Es entsteht dann weiter die Frage, bei welcher Kasse die Arbeitgeber die Anmeldung bewirken müssen, wenn die mehreren Beschäftigungsverhältnisse, für sich allein betrachtet, zu verschiedenen Kassen gehören würden. Zweifellos ist, daß der Arbeitgeber seiner Meldepflicht genügt hat, wenn er bei derjenigen Kasse meldet, bei welcher der Versicherte im Endergebnis zu versichern ist (oben II, 1). Der Arbeitgeber wird aber vielfach nicht in der Lage sein, zu erkennen, bei welcher Kasse

Digitized by Google

er zu melden hat, sei es, daß er von den weiteren Beschäftigungsverhältnissen nichts weiß, sei es, daß er keine genügenden Unterlagen für die Beurteilung hat, welche Beschäftigung überwiegt. Da der Arbeitgeber nur verpflichtet ist, Angaben über das eigene Beschäftigungsverhältnis zu machen, weitere Ermittlungen aber nicht anzustellen braucht, wird es genügen, wenn er die Anmeldung bei derjenigen Kasse bewirkt, zu der der Versicherte nach dem bei ihm geleisteten Dienste gehört. Sache dieser Kasse wird es dann sein, die Anmeldung, nötigenfalls nach vorhergehender Aufklärung des Tatbestandes, an die zuständige Kasse zu geben. Ist der Versicherte tatsächlich schon auf Grund eines anderen Beschäftigungsverhältnisses angemeldetes Mitglied einer Krankenkasse, so wird der Arbeitgeber die Anmeldung stets bei dieser bewirken können.

3. Beitragszahlung. Da die Versicherten nur einer Zwangskasse angehören können und da ferner alle Anmeldungen der verschiedenen Arbeitgeber bei einer Krankenkasse zusammenlaufen, steht fest, daß für denselben Versicherten nur eine einzige Kasse einen Beitrag erheben kann. Und es bedarf auch keiner weiteren Begründung, daß die Krankenkasse für denselben Versicherten nur einen einzigen Beitrag erheben darf, nicht etwa einen Beitrag für jedes einzelne Arbeitsverhältnis. Dies letztere ist nur dann zulässig, wenn die Kasse die Beiträge nach dem wirklichen Entgelt berechnet (§ 180, Abs. 4 RVO.).

Im übrigen aber ist es zweifelhaft, nach welchem Entgelt die Zugehörigkeit der Versicherten zu den Lohnklassen zu bestimmen ist und wer die Beiträge einzuzahlen hat. Düttmann (Bd. II, S. 265) nimmt an, daß für die Bestimmung der Lohnklasse lediglich die für die Klassenzugehörigkeit maßgebende Beschäftigung, im Zweifel das Arbeitsverhältnis, das zuerst angegeben ist (§ 309 RVO.) entscheidend ist. Das halte ich in Uebereinstimmung mit Hahn (S. 561) für unrichtig. § 309 RVO. regelt nur die Kassen-, nicht aber auch die Klassenzugehörigkeit. Die Kassenzugehörigkeit mußte nach einer einzigen Beschäftigung bestimmt werden, da die Versicherten nur einer einzigen Kasse angehören können. Den gleichen Grundsatz auf die Klassenzugehörigkeit anzuwenden, fehlt jeder Anlaß. Die Versicherten werden, wo eine Lohnklasseneinteilung vorgenommen ist (§ 180 Abs. 2 RVO.), diesen Lohnklassen nach ihrem wirklichen Verdienst zugewiesen. Weshalb sollte dieser Grundsatz für Versicherte, die mehrere Arbeitgeber haben, nicht gelten? Es wäre doch offenbar ungerechtfertigt, bei einem Versicherten, der z. B. vier Arbeitgeber hat, die ihm alle den gleichen Lohn zahlen, bei Bestimmung der Lohnklasse nur ein Viertel des wirklichen Lohns zugrunde zu legen. Deshalb muß angenommen werden, daß der Lohn aus den sämtlichen versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen zusammenzuzählen ist. Das ergibt sich auch aus S. 225 der Begründung der RVO., wo es heißt, daß unter Umständen ein Arbeitgeber an eine ihm sonst fremde Kasse Beiträge zahlen muß, weil einer seiner Arbeiter dieser wegen der Tätigkeit für einen anderen Arbeitgeber zugehört. Eine solche Möglichkeit könnte nicht eintreten, wenn für die Beiträge nur die überwiegende Beschäftigung maßgebend wäre, da diese auch für die Kassenzugehörigkeit entscheidend ist. Uebrigens hat auch das RVA. auf einem anderen Gebiete in seiner grundsätzlichen Entscheidung vom 30. Oktober 1913 (A. N. 13, S. 827, Ziff. 1787) anerkannt, daß der gesetzlich verbürgte Rechtsanspruch des Versicherten, seinem wirklichen Tagesarbeitsverdienst entsprechend entschädigt zu werden, zu schützen sei.

Dagegen ist eine Zusammenzählung des Verdienstes dann nicht zulässig, wenn ständige und unständige Beschäftigung zusammenfallen. Zu vergleichen unten III unter 1.

Die weitere Frage, wie bei der Erhebung der nach dem Verdienst aus den sämtlichen Arbeitsverhältnissen berechneten Beiträge zu verfahren ist, regelt das Gesetz nicht, insbesondere enthält es keine der Invalidenversicherung entsprechende Bestimmung, nach der der erste Arbeitgeber den ganzen Beitrag

Digitized by Google

zu zahlen hat (§ 1426 RVO.). Wohl aber bestimmt die RVO. im § 396, daß, wenn der Versicherte in mehreren versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen steht, die Arbeitgeber als Gesamtschuldner für die vollen Beiträge haften. Dies gilt nicht nur dann, wenn der Versicherte dieselbe Arbeit gleichzeitig mehreren Arbeitgebern leistet (ein Arbeiter bewacht zwei benachbarte Fabriken), sondern auch dann, wenn die Arbeitsverhältnisse zwar gleichzeitig nebeneinander bestehen, die Arbeit bei den verschiedenen Arbeitgebern aber nacheinander getan wird, wie es z. B. dann der Fall ist, wenn eine Aufwärterin gleichzeitig mehrere Stellen hat (Hahn, S. 561, Düttmann, Bd. II, S. 265). Hiernach ist also die Krankenkasse berechtigt, die ganzen Beiträge von einem Arbeitgeber zu fordern. In der Praxis wird dieses die Regel bilden. Die Kasse überläßt es also den Arbeitgebern, Vereinbarungen über die anteilige Erstattung der Beiträge zu treffen. Hat ein Arbeitgeber die vollen Beiträge gezahlt, so kann er nach § 426 BGB. von dem anderen anteilige Erstattung beanspruchen; ein solcher Anspruch ist im ordentlichen Rechtswege geltend zu machen.

Nach § 396 Abs. 2 RVO. verteilt auf Antrag einer der Arbeitgeber das VA. die Beiträge. Das gilt sowohl, wenn Beiträge für längere Zeit rückständig sind, was nach den bei der Invalidenversicherung gemachten Erfahrungen in diesen Fällen häufig vorkommen wird, als auch für die laufenden Beiträge. Die Verteilung wird lediglich nach der Höhe des Entgelts zu erfolgen haben, da nach der Höhe des Entgelts die Beiträge berechnet werden (abweichend Düttmann, Bd. II, S. 265: auch die Dauer der Beschäftigung soll maßgebend sein). Die Verteilung gilt, solange sich in den Beschäftigungsverhältnissen nichts ändert. Tritt eine Aenderung ein, sei es in der Höhe der gezahlten Vergütung, sei es durch Hinzutreten oder Wegfall eines Arbeitsverhältnisses, so muß auf Antrag eine neue Verteilung vorgenommen werden. Daraus ergibt sich, daß die Verteilung durch das VA. bei solchen Beschäftigungsverhältnissen, bei denen die Arbeitsstelle häufiger gewechselt wird, weniger Wert hat, so daß freiwillige Vereinbarungen vorzuziehen sind.

Die Frage, ob die Verteilung nur für die Arbeitgeber gilt, oder auch für die Krankenkasse, so daß diese nach erfolgter Verteilung der Beiträge durch das VA. von jedem Arbeitgeber nur den Teilbetrag fordern kann, ist, soweit ich sehe, nirgends erörtert worden. Ich halte die Sache für zweifelhaft, nehme aber an, daß § 396 Abs. 2 RVO. nur für das Verhältnis der Arbeitgeber untereinander gilt, das Recht der Krankenkasse, die ganzen Beiträge von einem Arbeitgeber zu fordern, aber nicht berührt. Derselben Ansicht scheint Hahn (S. 561) zu sein, da er Abs. 2 unter der Ueberschrift „Verhältnis der Arbeitgeber zu einander" erläutert*). Es ist nicht anzunehmen, daß der Abs. 2 des § 396 eine so erhebliche Einschränkung des Abs. 1 bedeutet, zumal auch auf dem Gebiete der Invalidenversicherung die Gesamthaft uneingeschränkt bestehen bleibt. Abs. 2 hat offenbar nur den Zweck, die anteilige Inanspruchnahme der übrigen Arbeitgeber durch den nach Abs. 1 in Anspruch genommenen Arbeitgeber zu regeln.

Die nach Abs. 2 vorgenommene Verteilung stellt nur den Anteil der übrigen Arbeiter fest, schafft aber keinen Titel für eine Zwangsvollstreckung. Genügt ein beteiligter Arbeitgeber seiner Erstattungspflicht nicht, so bleibt dem Erstattungsberechtigten nur die Klage beim ordentlichen Gericht, für das dann die Verteilung des VA. bindend ist. (Hahn, S. 562).

Die vorstehenden Grundsätze über die Beitragszahlung gelten nicht, wenn es sich um Hausgewerbtreibende handelt. Hier erfolgt die Beitragszahlung nach § 477 RVO.

III. Zugehörigkeit zu den einzelnen Berufsgruppen.

Es bleibt nun schließlich noch zu erörtern, zu „welchen besonderen Berufszweigen"

*) Anmerkung der Redaktion: Das ist auch nach dem Inhalt der Anmerkung bei Hahn anzunehmen. Ebenso ist die Bestimmung aufgefaßt in Monatsbl. f. Arbeiterversichg. 1913 Seite 9.

Digitized by Google

(Landwirtschaft, Dienstboten, unständige Beschäftigung, Hausgewerbe) Versicherte zu rechnen sind, wenn sie gleichzeitig in mehreren verschiedenartigen Beschäftigungsverhältnissen stehen. Die Entscheidung kann von Bedeutung sein für die Kassenzugehörigkeit und insbesondere für Art und Umfang der dem Versicherten zustehenden Unterstützungsansprüche. Die Hauptanwendungsfälle sollen hier nacheinander erörtert werden.

1. Zusammentreffen von ständiger und unständiger Beschäftigung

Die Mitgliedschaft unständig Beschäftigter wird nicht, wie sonst, durch die Aufnahme der versicherungspflichtigen Beschäftigung erworben, sondern erst mit der Eintragung in das Verzeichnis. Da niemand gleichzeitig zwei verschiedenen Zwangskrankenkassen angehören kann und da auch eine doppelte Mitgliedschaft bei derselben Kasse nicht möglich ist, kann die Mitgliedschaft als unständiger Arbeiter nur von solchen Personen erworben werden, die nicht schon als ständige Arbeiter Mitglied einer Kasse sind. Deshalb ist eine Aufwärterin, die als solche Mitglied einer Krankenkasse ist und außerdem noch als unständige Arbeiterin, z. B. als Waschfrau, Scheuerfrau arbeitet, lediglich als ständige Arbeiterin zu versichern. Ist jemand zunächst als unständiger Arbeiter Mitglied einer Krankenkasse und nimmt er daneben eine ständige Beschäftigung auf, so muß der Arbeitgeber ihn anmelden; dies wird in dem Verzeichnis der unständigen Arbeiter vermerkt (§ 449 RVO.). Der Versicherte ist dann als ständiger Arbeiter versichert. Wird ein unständig Beschäftigter Mitglied einer anderen Krankenkasse, so erlischt seine Mitgliedschaft als unständiger Arbeiter (§§ 447, 312 RVO.) ohne weiteres (Düttmann, Bd. II, S. 302, Hahn, S. 622).

Hiernach ist beim Zusammentreffen von ständiger und unständiger Beschäftigung für die Kassenzugehörigkeit und die Zugehörigkeit zu den besonderen Berufszweigen nur die ständige Beschäftigung maßgebend. Soweit es sich um die Frage handelt, ob Versicherungspflicht vorliegt, oder ob diese nach dem Bundesratsbeschluß vom 17. November 1913 ausgeschlossen ist, ist der Verdienst aus der ständigen und unständigen Beschäftigung zusammenzurechnen, so daß unter Umständen eine ständige Beschäftigung von geringem Umfange durch das Hinzutreten der unständigen Beschäftigung versicherungspflichtig wird. (Zu vergl. ob. I u. 2). Die Beiträge werden in solchem Falle lediglich nach dem Verdienst aus der ständigen Beschäftigung zu berechnen sein, denn die unständige Beschäftigung unterliegt nicht der Meldepflicht, der Verdienst aus ihr kann daher von der Krankenkasse nicht erfaßt werden. Außerdem entspricht es den besonderen Vorschriften über die unständige Beschäftigung, daß die Arbeitgeber mit Beiträgen für diese Beschäftigung nicht belastet werden.

2. Zusammentreffen von landwirtschaftlicher und anderer unständiger Beschäftigung. Nach § 442 RVO. werden unständig Beschäftigte bei der allgemeinen Ortskrankenkasse oder, wenn sie vorwiegend landwirtschaftlich beschäftigt sind, bei der Landkrankenkasse ihres Wohnorts versichert. Auch für diejenigen unständig Beschäftigten, welche hiernach wegen ihrer überwiegenden Tätigkeit in landwirtschaftlichen Betrieben einer Landkrankenkasse angehören, sind nicht die besonderen Vorschriften für die Landwirtschaft (§§ 417—434 RVO.), sondern die für die unständige Beschäftigung (§§ 441 bis 457 RVO.) anzuwenden, soweit nicht gemäß § 458 Abs. 2 RVO. etwas anderes bestimmt wird (Begr. S. 233).

3. Zusammentreffen von Dienstboten- und anderer Beschäftigung. Werden Dienstboten auch in dem Betrieb oder anderen Erwerbsgeschäft des Dienstberechtigten beschäftigt, so ist diese Beschäftigung für ihre Versicherung maßgebend, sofern sie nicht allein für sich nach § 168 RVO. versicherungsfrei ist (§ 439 RVO.; letzteres wird nach der Auslegung, die der Bundesratsbeschluß vom 27. Dezember 1899, der dem auf Grund des § 168 RVO. ergangenen Bundesratsbeschluß vom 17. November 1913 entspricht, in der Praxis erfahren hat, dann

Digitized by Google

anzunehmen sein, wenn die Tätigkeit des Dienstboten für den Betrieb oder das Erwerbsgeschäft des Dienstberechtigten nicht ein Drittel der gesamten Tätigkeit ausmacht.

Diese Vorschrift gilt, wie sich aus der Begründung der RVO. (S. 233) einwandfrei ergibt, nicht nur dann, wenn der Dienstbote in einem gewerblichen Betriebe tätig ist, sondern auch dann, wenn er seine Arbeitskraft teilweise dem landwirtschaftlichen Betriebe des Dienstberechtigten widmet (übereinstimmend Hahn, S. 614, Hanow, Bd. II, S. 563). Demnach sind Dienstboten als gewerbliche oder landwirtschaftliche Arbeiter zu behandeln, wenn sie ein Drittel der Arbeitszeit im Gewerb- oder landwirtschaftlichen Betriebe des Arbeitgebers tätig sind.

§ 439 RVO. behandelt nur den Fall, daß der Dienstbote in dem Betrieb oder anderem Erwerbsgeschäft des Dienstberechtigten selbst beschäftigt ist. Daß der Dienstbote in dem Betriebe anderer Personen tätig ist, wird nicht vorkommen, da Dienstboten ihre ganze Arbeitskraft dem Dienstberechtigten widmen.

Im übrigen gilt die Bestimmung des § 434 RVO., nach der für die vorübergehend in der Landwirtschaft beschäftigten Personen gewisse Bestimmungen nicht gelten, und daß der Bundesrat bestimmt, welche Beschäftigung als vorübergehend in diesem Sinne gilt, auch für Dienstboten (§ 435 RVO.). S. unten u. 4 am Ende.

4. Zusammentreffen von landwirtschaftlicher und gewerblicher Tätigkeit. Nach § 417 RVO. gilt als in der Landwirtschaft Beschäftigter auch, wer in landwirtschaftlichen Nebenbetrieben (§§ 918 bis 921 RVO.) beschäftigt wird, und wer in landwirtschaftlichen Betrieben beschäftigt wird, die Nebenbetriebe eines gewerblichen Betriebes sind und nicht nach § 540 RVO. durch die Satzung einer gewerblichen Berufsgenossenschaft bei dieser versichert ist. Hiernach gilt der Grundsatz, daß, wenn ein Arbeitgeber einen Arbeiter im landwirtschaftlichen und im gewerblichen Betrieb beschäftigt, der Arbeiter als in der Landwirtschaft beschäftigt gilt, wenn er bei der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft gegen Unfall versichert ist (Hanow, Bd. II, S. 539).

Die besonderen Verhältnisse der Dienstboten sind oben unter 3 und die der unständigen Arbeiter unter 2 dargelegt.

Keine Bestimmung trifft die RVO. für den Fall, daß ein Arbeiter gleichzeitig von mehreren Arbeitgebern beschäftigt wird, und zwar von dem einen in der Landwirtschaft, von dem andern in einem Gewerbbetrieb (z. B. ein Fuhrmann fährt am Vormittag den Milchwagen eines Landwirts, am Nachmittag den Wagen eines Fuhrhalters). Da in solchen Fällen nach § 309 RVO. die Kassenzugehörigkeit sich nach der überwiegenden Beschäftigung richtet, wird man annehmen können, daß, wenn der Versicherte hiernach in die Landkrankenkasse gehört, er auch im übrigen als landwirtschaftlicher Arbeiter zu gelten hat.

Nach § 434 RVO. gelten die §§ 503, 517 bis 520 RVO., die die besondere Stellung der Mitglieder von Ersatzkassen regeln, nicht für die in der Landwirtschaft beschäftigten Personen. Von dieser Ausnahme werden aber nicht die vorübergehend in der Landwirtschaft Beschäftigten betroffen. Welche Beschäftigung als überwiegend in diesem Sinne gilt, bestimmt der Bundesrat. Nach dem hierzu ergangenen Bundesratsbeschluß vom 23. Oktob. 1913 ist beim gleichzeitigen Bestehen mehrerer Arbeitsverhältnisse eine Beschäftigung dann als vorübergehend in diesem Sinne anzusehen, wenn sie im Nebenberufe während einer hauptberuflichen gewerblichen Lohntätigkeit stattfindet.

5. Zusammentreffen von hausgewerblicher mit anderer Tätigkeit. Verrichtet ein Hausgewerbtreibender noch andere ständige versicherungspflichtige Arbeiten, z. B. gewerbliche oder landwirtschaftliche, so gilt dasselbe, was oben unter 1 für das Zusammentreffen von ständiger und unständiger Beschäftigung gesagt ist. Die §§ 447, 449 RVO., auf die sich jene Ausführungen stützen, gelten nach § 468 RVO. auch für das Hausgewerbe. Demnach ist in solchen Fällen für das Versicherungsverhält-

Digitized by Google

nis des Hausgewerbtreibenden lediglich die andere ständige versicherungspflichtige Tätigkeit maßgebend. Die Auftraggeber haben ihre Zuschüsse auch dann an die Krankenkasse abzuführen, wenn der Hausgewerbtreibende auf Grund einer anderen Tätigkeit Mitglied einer Krankenkasse ist (§ 470 RVO.); in diesem Falle werden dem Hausgewerbtreibenden die für ihn einkommenden Zuschüsse der Auftraggeber ausgezahlt oder verrechnet (§ 485 RVO.).

Ist der Hausgewerbtreibende auf Grund einer anderen Beschäftigung Mitglied einer Krankenkasse, so kann und darf er sich als Hausgewerbtreibender nicht nach § 468 RVO. anmelden, da er nicht Mitglied zweier Kassen sein darf und auch eine doppelte Mitgliedschaft bei derselben Kasse nicht erwerben kann.

Wenn die Hausgewerbtätigkeit mit unständiger Beschäftigung zusammenfällt und der Versicherte als unständig Beschäftigter die Mitgliedschaft bei einer Kasse nach § 442 RVO. erworben hat, so gilt dasselbe, als wenn er als ständig Beschäftigter Mitglied einer Kasse wäre. Ist es zweifelhaft, ob jemand als unständig Beschäftigter oder als Hausgewerbtreibender in das Verzeichnis der Krankenkasse einzutragen ist, so wird die überwiegende Beschäftigung entscheiden müssen, da diese nach § 309 RVO. auch für die Kassenzugehörigkeit entscheidend wäre.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Musterdienstordnung für nebenamtlich Beschäftigte.

Erlaß des preußischen Ministers für Handel und Gewerbe vom 31. März 1914. (HMBl. S. 171.)

Nach § 351 RVO. muß eine Dienstordnung auch dann erlassen werden, wenn bei einer Krankenkasse die im Abs. 1 a. a. O. bezeichneten Angestellten nicht voll beschäftigt sind, sondern die Kassengeschäfte neben ihrem Hauptberufe besorgen. Der Inhalt der Dienstordnung ist unter Beachtung der zwingenden Vorschriften der RVO. den besonderen Bedürfnissen der einzelnen Krankenkasse anzupassen. Wie ich bereits in dem Erlasse vom 1. Dezember v. J. (HMBl. S. 624) hervorgehoben habe, ist der Inhalt der Musterdienstordnung nicht bindend.

Beitragszahlung im Postscheck- und Bankverkehr.

Erlaß des preußischen Ministers für Handel und Gewerbe an die Regierungspräsidenten vom 26. März 1914. (HMBl. S. 171.)

Den im öffentlichen Interesse liegenden Bestrebungen zur Einschränkung des Bargeldverkehrs würde es dienen, wenn von den Krankenkassen darauf hingearbeitet würde, daß die Zahlungen der Krankenkassenbeiträge im Wege des Postschecks oder durch Banküberweisung statt der üblichen Abholung der Beiträge geleistet würden. Dem Vernehmen nach haben bereits viele Ortskrankenkassen die Zahlungen der Beiträge durch Postscheck- oder Banküberweisung gestattet, wodurch sich nicht nur eine Erleichterung des Zahlungsverkehrs selbst und eine Ersparung von Kosten, sondern auch eine Schonung des Publikums, das durch das Einziehen der Beiträge vielfach sich belästigt fühlt, bewirkt worden ist.

Im Interesse des bargeldlosen Zahlungsverkehrs ersuche ich, die Krankenkassen auf die Ueberweisung der Beiträge im Postscheck- oder Bankverkehre hinweisen zu lassen, insoweit sie solche Einrichtungen noch nicht getroffen haben. Dabei sind die Kassen auf die die „Beitragsentrichtung für die Krankenversicherung" für den Postscheckverkehr erlassenen Bestimmungen (Geschäftsbericht über die Ergebnisse des Postscheckverkehrs im Reichspostgebiete während des Kalenderjahrs 1913 S. 1) aufmerksam zu machen.

Denjenigen Versicherungspflichtigen, die ein Postscheckkonto nicht haben, würden zweckmäßig seitens der zuständigen Krankenkasse vorgedruckte Zahlkarten zur Verfügung gestellt werden, die nach dem neuen Postscheckgesetz in der Privatindustrie hergestellt werden können.

Digitized by Google

Die Grundsätze über den Erfüllungsort der Krankenhilfe gelten nur im Verhältnis des Versicherten zur Kasse, nicht gegenüber dem Armenverbande.

Bescheid des Preuß. Oberverwaltungsgerichts
v. 30. Oktober 1913.

Der klagende Armenverband forderte mittels der vorliegenden auf Grund des § 57 Abs. 2 des Krankenversicherungsgesetzes erhobenen Klage von der beklagten Kasse den Ersatz derjenigen Kosten, die ihm im Betrage von 285 M. dadurch erwachsen sind, daß er den der beklagten Krankenkasse als Mitglied angehörigen Kellner Sch. im Wege der öffentlichen Armenpflege durch Krankenhausbehandlung unterstützt hat. Der Bezirksausschuß erkannte nach dem Antrage der Klage. Die von der Kasse eingelegte Revision wurde zurückgewiesen.

Gründe.

Die Beklagte hat in der Vorinstanz nur eingewendet, Sch. sei dadurch, daß er sich entgegen den Ordnungsvorschriften der Kassensatzung ohne Genehmigung des Kassenvorstandes aus dem Kassenbezirk entfernt und in ein Berliner Krankenhaus begeben habe, aller Ansprüche an sie verlustig gegangen; sie folgert hieraus, daß auch der Erstattungsanspruch des Klägers nicht zu Recht bestehe. Bei dieser Sach- und Rechtslage konnte der Vorderrichter seine Entscheidung lediglich von der Würdigung dieses Einwandes abhängig machen. Wenn er aber denselben verworfen hat, so hat er sich dadurch einer unrichtigen Gesetzesanwendung nicht schuldig gemacht. Um das darzutun, genügt ein Hinweis auf die Urteile des Senats vom 20. Juni 1901 (Preußisches Verwaltungsblatt Jahrgang 23 Seite 299) und vom 11. Februar 1904 (daselbst Jahrgang 25 Seite 886). Nach den Darlegungen dieser Erkenntnisse kann die Krankenkasse dem Armenverbande nicht entgegenhalten, daß der Versicherte ihr gegenüber seinen Anspruch durch sein Verhalten verwirkt habe; der Erstattungsanspruch des Armenverbandes setzt vielmehr nur voraus, daß dieser seine gesetzliche Pflicht zur Unterstützung in der Art und mit den Mitteln, wie er überhaupt Armenpflege übt, erfüllt hat (siehe auch Hahn, Krankenversicherungsgesetz Anm. 2 e zu § 57). Die Ausführungen, welche die Kasse an die Anm. 2 c zu § 5 des Krankenversicherungsgesetzes im Hahnschen Kommentar anknüpft, gehen fehl. Wenn es dort heißt, als Erfüllungsort der der Kasse obliegenden Verpflichtung zur Krankenunterstützung müsse in erster Reihe der Beschäftigungsort gelten, so bezieht sich diese Bemerkung nur auf das Verhältnis des Versicherten zur Kasse.

Kann das Versicherungsamt die Abhaltung einer Ausschußsitzung im Versammlungshause einer politischen Partei untersagen?

Entscheidung des Sächs. Landesversicherungsamts
v. 31. Januar 1914.

Das Versicherungsamt hatte auf Anrufen einzelner Ausschußmitglieder ein solches Verbot erlassen und die hiergegen vom Kassenvorstand erhobene Beschwerde war vom Oberversicherungsamt zurückgewiesen worden. Es wurde ausgeführt: Die freie Gewerkschaft, die das Vereinshaus errichtet habe und unterhalte, stehe im Gegensatz zum Unternehmertum und teilweise zur Arbeiterschaft selbst. Es könne den, auf entgegengesetztem Standpunkte stehenden, ehrenamtlichen Mitgliedern einer unpolitischen sozialen Einrichtung nicht zugemutet werden, ein solches Haus zu betreten. Würden deshalb Mitglieder sich fernhalten, so sei die Maßnahme für die Geschäftsführung, für das gedeihliche Zusammenwirken zum Gemeinwohle der Kassenmitglieder nachteilig.

Der Kassenvorstand erhob weitere Beschwerde, die jedoch vom Landesversicherungsamte gleichfalls zurückgewiesen wurde aus folgenden Gründen:

Es kann dahingestellt bleiben, ob sich das in § 30 der RVO. vorgesehene Recht der Kassenaufsichtsbehörde auf die Fürsorge für Aufrechterhaltung von Gesetz und Satzung beschränkt. Das Gesetz hat diesen Ausdruck oder einen gleichbedeutenden ähnlichen nicht gewählt, so nahe dies auch gelegen hätte, wenn eine solche Beschränkung beabsichtigt war. Der tatsächlich gewählte Ausdruck „die Aufsicht erstreckt sich", könnte nach dem gewöhnlichen Sprachgebrauche auch dahin verstanden werden, daß die Aufsicht die Fürsorge für Aufrechterhaltung von Gesetz und Satzung mit, d. h. neben anderen Aufgaben mit umfaßt. Von maßgebender Bedeutung ist, daß die Aufsichtsbehörde nach § 33 der RVO. auch bei Streit über Rechte und Pflichten der Organe von Versicherungsträgern zu entscheiden hat. Im vorliegenden Falle besteht aber Streit darüber, ob die Mitglieder des Ausschusses sich für ihre Verhandlungen auf einen Raum, dessen Betreten ihnen vom Standpunkte ihrer verfassungs- und königstreuen Gesinnung anstößig ist, verweisen lassen müssen, wenn andere geeignete Räume ausreichend zur Verfügung stehen. Hiernach war nicht anzuerkennen, daß das Versicherungsamt mit seinem Verbote die Grenzen seiner Befugnisse überschritten habe.

Anmerkung: Wir schicken voraus, daß wir es für ungeschickt und unpassend halten, für die Ausschußsitzungen ein Versammlungslokal zu wählen, das in ausgesprochener Art einseitigen parteipolitischen Zwecken dient. Das sollte schon deshalb vermieden werden, damit nicht der Schein des Verdachts auf den Vorstand falle, als wolle

Digitized by Google

er solchen Zwecken auch die Kassenverwaltung mittelbar dienstbar machen.

Die Entscheidung des Landesversicherungsamts aber halten wir für unbegründet. Wenn zunächst auch nur die Möglichkeit angedeutet wird, das Verbot schon auf den § 30 RVO. zu gründen, so ist dem entschieden zu widersprechen. Daß das Aufsichtsrecht der Behörde sich auf Beobachtung von Gesetz und Satzung „erstreckt", bedeutet selbstverständlich, daß das Recht sich nur darauf erstreckt. Der Gesetzgeber, der mit diesem Ausdruck sagen wollte, daß die Aufsicht sich auch auf Beobachtung von Gesetz und Satzung, daneben aber noch auf andere Dinge erstrecke, ohne diese „anderen Aufgaben" zu bezeichnen — dieser Gesetzgeber dürfte sein Lehrgeld zurückverlangen. Er hätte auch nicht nötig gehabt, in § 377 für die Krankenkassen noch eine besondere Ergänzung vorzusehen; denn das Aufsichtsrecht hätte dann schon von selbst auch auf die dort erwähnte „Dienst- und Krankenordnung", aber freilich auch auf die Gebote der Religion, der Sittlichkeit, des Anstandes, der Zweckmäßigkeit usw. bezogen werden dürfen. Ebensowenig aber wie auf § 30 läßt sich das Verbot auf § 33 gründen. Verfassungs- und königstreue Gesinnung ist eine schöne Sache, wenn sie echt und stark ist; aber wenn sie schwachnervig schon vor dem „Betreten" des Vereinshauses einer freien Gewerkschaft scheu wird und darüber die Erfüllung übernommener sozialer Pflichten vergißt, und so ist es nicht Aufgabe der Aufsichtsbehörde, diese Schwachheit zu schützen. Nicht ganz mit denselben Worten, aber doch dem Sinne nach hat dies das preußische Oberverwaltungsgericht in einer Entscheidung v. 21. Oktober 1909 (Bd. 55 S. 376, Arb.-Vers. 1910 S. 212) ausgesprochen.

Im Streitverfahren sind Versicherungspflicht und Verdienstgrenze, wenn davon der Anspruch abhängt, zu prüfen, auch wenn sie nicht bestritten sind.

Urteil des Preuß. Oberverwaltungsgerichts 3. Senats, v. 30. Oktober 1913.

Eine Krankenkasse forderte von einer anderen Ersatz eines für einen Handlungsreisenden aufgewendeten Betrages (§ 58 Abs. 2 KVG.). Der Anspruch hing unter anderem davon ab, ob der Arbeitsverdienst des Reisenden 2000 M. für das Jahr nicht überstiegen hatte, ob also der Reisende mit Recht als versicherungspflichtig und unterstützungsberechtigt angesehen worden war (§ 2 b KVG.). In dieser Hinsicht enthält die Entscheidung des OVG. folgende Ausführungen:

Das Vorhandensein der zweiten, von der Beklagten ausdrücklich offen gelassenen Voraussetzung, daß K. versicherungspflichtig gewesen sei, ist ohne genügende Grundlage festgestellt. Aus der Aussage des Geschäftsführers M. ergibt sich zwar, daß K. 27 M. festes Wochengehalt und Provision bezieht — anscheinend sind die 27 M. der gewährleistete Mindestbetrag der Provision — aber nicht, wie hoch sich die Provision im Jahresdurchschnitt stellt. Die Feststellung, daß K's Gehalt unter 2000 M. bleibe, ist daher aktenwidrig. Die Annahme des Großherzoglich Hessischen Verwaltungsgerichtshofs — Urteil vom 17. Februar 1912, Arbeiterversorgung, Jahrgang 1912, Seite 299 (links unten) — daß in gleichartigen Fällen Verdienstgrenze und Versicherungspflicht nicht festgestellt zu werden brauchen, wenn sie nicht bestritten sind, und daß ein solches Bestreiten, als dem tatsächlichen Gebiet angehörig, in der Revisionsinstanz nicht nachgeholt werden kann, wird vom Senat nicht geteilt; er hat sich bereits in der Entscheidung vom 1. April 1913, Arbeiterversorgung, Jahrgang 1913, Seite 587 auf den entgegengesetzten Standpunkt gestellt. Uebrigens hatte die Beklagte in ihrem Schriftsatze vom 23. Oktober 1913 die Frage offen gelassen.

Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts*)

Die Prüfung der Gleichwertigkeit der Leistungen (§§ 259 ff. RVO.) betrifft die äußere Organisation der Krankenversicherung, für welche die Mitwirkung des Reichsversicherungsamts ausgeschlossen ist; auch Abgabe der Sache nach §§ 1799, 1693 findet daher nicht statt (1803).

Die Satzung kann bestimmen, daß außerordentliche Sitzungen des Vorstandes und des Ausschusses nur einberufen werden müssen, wenn es von mindestens drei Viertel der Mitglieder beantragt wird; dagegen darf die Satzung nicht das Recht des Ausschusses beschränken, mit einfacher Mehrheit Beratungsgegenstände auf die Tagesordnung zu bringen (1804).

Die Satzung kann nach § 191 Abs. 2 RVO. bestimmen, daß das Krankengeld vom ersten Tage der Arbeitsunfähigkeit an nur bei Krankheiten, die länger als zwei Wochen dauern, gewährt wird. — Die Satzung einer Betriebskrankenkasse kann, wenn sich im übrigen eine ordnungsmäßige Verwaltung der Kasse durchführen läßt, die Zahl der Vertreter der Versicherten im Vorstand auf drei festsetzen; § 338 Abs. 3 Satz 2 RVO. steht nicht entgegen (1805).

Der Beginn der Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter darf nicht abweichend von 310 Abs. 1 RVO. festgesetzt werden. — Die Satzung kann das Zurückweisungsrecht

*) Heft 3 der Amtl. Nachr. (vom 15. März 1914).

Digitized by Google

aus § 310 Abs. 3 Satz 2 zeitlich einschränken. — Beschlüsse des Ausschusses können nur durch unbefristete Aufsichtsbeschwerde angegriffen werden (1806).

Die Satzung kann nicht den Mitgliedern eine Gebühr auferlegen für den Fall, daß sie den Abdruck der Satzung, der Krankenordnung, des Aufnahmescheins beim Ausscheiden nicht zurückgeben. — Die Satzung kann nicht die Versagung des Krankengeldes in Fällen des § 192 RVO. dem Ermessen des Vorstandes überlassen (1807).

Die ärztliche Behandlung ist in Natur zu leisten; die Kassen haben sie durch Vereinbarungen mit Aerzten oder ärztlichen Vereinen usw. sicherzustellen (§ 368 Satz 1 RVO.) und genügen ihrer Pflicht nicht schon dadurch, daß sie den Versicherten die Beschaffung ärztlicher Hilfe gegen Ersatz der Auslagen überlassen (1808).

Die Satzung darf nicht allgemein bestimmen, daß die Kasse auf Antrag oder mit Zustimmung des Versicherten, an Stelle der ärztlichen Behandlung Hilfeleistung durch andere Heilkundige gewähren kann (1809).

Die Satzung darf wegen der Verfehlungen gegen § 529 RVO. keine andere als die dort zugelassene Strafe, insbesondere nicht Entziehung der Mehrleistungen vorsehen (1810).

B. Zur Unfallversicherung.

Gefälligkeitsleistung als mitversicherte Tätigkeit eines Schmiedemeisters.

Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 6. März 1914. — Ia 7468/13. —

Im Gegensatz zum Oberversicherungsamt hat das Reichsversicherungsamt einen Betriebsunfall für vorliegend erachtet. Voraussetzung für die Versicherungspflicht von Verrichtungen eines zwangsversicherten Schmiedemeisters ist, daß die entsprechende Tätigkeit entweder dem technischen Schmiedegewerbebetriebe zuzurechnen ist oder sich doch als ein Ausfluß des gewerbsmäßigen Schmiedebetriebes darstellt. Die letztere Bedingung ist im vorliegenden Falle erfüllt. Der Knecht ist, wie er bekundet hat, in den Schmiedehof des Klägers geritten, um sich dort einige Nägel für den Nachrechen zu holen. Nachdem er sich solche im Hofe gesucht hatte, wollte er weiter reiten. Hierbei wurde das Pferd störrisch und wollte nicht vom Hofe heruntergehen. Als es der Kläger daraufhin mit einer Latte antrieb, wurde ihm von dem ausschlagenden Pferde das linke Auge ausgeschlagen. Daraus folgt zunächst, daß ein zeitlicher und örtlicher Zusammenhang des Unfalls des Klägers mit seinem Schmiedebetriebe besteht. Aber auch ein ursächlicher Zusammenhang ist gegeben. Der Landwirt R., in dessen Diensten Z. stand, gehörte zu den Kunden des Klägers. Nur aus diesem Grunde ist Z. in den Schmiedehof geritten, um sich dort einige Nägel zu suchen. Letztere gehörten entweder noch zu den Bestandteilen des Schmiedebetriebes oder hatten doch zu ihnen gehört. Es entspricht ferner den ländlichen Gepflogenheiten, daß ein Schmiedemeister seinen Kunden oder deren Angestellten die Mitnahme derartiger unbedeutender Gegenstände, wie herumliegender Nägel, unentgeltlich gestattet sowie auch, daß er ihnen bei der Wegschaffung eines störrischen Pferdes vom Schmiedehofe behilflich ist. Das Geschäftsinteresse erfordert derartige Gefälligkeitsleistungen, zumal bei einem Schmiedemeister, der viel mit Pferden umzugehen hat. Die Fortschaffung des Pferdes lag schließlich aber auch im persönlichen Interesse des Klägers, denn durch das störrische Pferd wurde der Zutritt zum Schmiedehofe versperrt und demgemäß der ungehinderte Verkehr der Kunden zur Schmiede beeinträchtigt. Die unfallbringende Tätigkeit ist daher dem gewerbsmäßigen Schmiedebetriebe des Klägers zuzurechnen und der Unfall von der Beklagten zu entschädigen."

Der Ersatzanspruch der Berufsgenossenschaft gegen die Krankenkasse bemißt sich nach dem Rechte zur Zeit der Uebernahme (§ 1513 RVO).

Entscheidung des Versicherungsamts der Stadt Berlin vom 30. Oktober 1913.

Der § 1513 RVO. ist gemäß Artikel I ihres Einführungsgesetzes seit dem Inkrafttreten des III. Buches am 1. Januar 1913

Digitized by Google

in Geltung. Zur Entscheidung steht die Frage, ob diese Vorschrift in Fällen, wie dem vorliegenden, in denen der Unfall sich unter Geltung des alten Rechts zugetragen, die Uebernahme des Heilverfahrens durch den Träger der Unfallversicherung aber bereits unter der Herrschaft des neuen Rechts erfolgt ist, anzuwenden ist. Diese Frage war aus folgenden Gründen in Uebereinstimmung mit der Klägerin zu bejahen:

Grundsätzlich ist davon auszugehen, daß jedes Gesetz nur auf diejenigen Rechtsverhältnisse Anwendung findet, welche unter seiner Geltung bestehen bzw. entstehen und daß Gesetzen rückwirkende Kraft nur insoweit innewohnt, als sie sich solche selbst beilegen. Bezüglich derjenigen Rechtsverhältnisse, die unter der Herrschaft eines alten Rechts entstanden, vor dem Inkrafttreten des neuen Rechts aber noch nicht ihr Ende erreicht haben, ist zu unterscheiden, ob der Ansprüche auslösende Tatbestand ein einmaliges Ereignis oder ein Dauerzustand ist. Im ersteren Falle gilt, wenn er sich zeitlich unter dem alten Recht ereignet hat, dieses, im letzteren Falle richtet sich die Entscheidung von Ansprüchen jeweils nach demjenigen Rechte, unter dessen Geltung der Zustand besteht. Neue rechtserhebliche Tatsachen, mit denen die Entstehung von Rechten oder Pflichten verknüpft ist, sind stets nach demjenigen Rechte zu beurteilen, unter dessen Geltung sie sich abspielen. Dem diesbezüglichen unter Hinweis auf die Ausführungen in „Kaskel-Sitzler", S. 31, erfolgten Vorbringung der Klägerin ist somit beizupflichten.

Die Tatsache des Unfalls läßt dem Verletzten nun zwar einen Rechtsanspruch auf bestimmte, durch Gesetze oder Satzung bezeichnete Leistungen entstehen, sie löst aber nicht zugleich als unmittelbare rechtliche Folge einen Anspruch auf Uebernahme des Heilverfahrens aus; der Unfall ist vielmehr nur eine Voraussetzung für die Uebernahme, er ermöglicht sie überhaupt erst. Die Uebernahme aber bildet einen rechtlich selbständigen Tatbestand, der, wenn er in die Zeit des Bestehens des neuen Rechts fällt, auch nach diesem zu beurteilen ist.

Auf den Streitfall angewendet, bedeuten diese Grundsätze, daß die durch die unter Herrschaft der RVO. am 27. Januar 1913 erfolgte rechtserhebliche Tatsache, der Uebernahme des Heilverfahrens geschaffene Rechtslage nach der Vorschrift des § 1513 zu beurteilen ist.

Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts*)

Gegen Vorentscheidungen des Vorsitzenden der Spruchkammer des Oberversicherungsamts (§ 1679, 1657 RVO.) ist die Revision und der Rekurs in denselben Fällen zulässig wie gegen die Urteile der Spruchkammer. Der Vermerk, daß gegen die Entscheidung nur Antrag auf mündliche Verhandlung zulässig ist (§ 1692 Abs. 2), ist nur statthaft, wenn feststeht, daß das Urteil der Spruchkammer mit der Revision oder dem Rekurse nicht angegriffen werden könnte (2685; Entsch. des Großen Senats).

Die günstigeren Vorschriften des RVO. finden gemäß Art. 60 Einf.Ges. auch dann zugunsten des Verletzten Anwendung, wenn nur der Versicherungsträger Rekurs eingelegt hat; nur darf der Rekurskläger im Ergebnis nicht zu mehr verurteilt werden, als die angefochtene Entscheidung gewährt (2686; Entsch. des Großen Senats).

Erfolgt die Vernehmung des Berechtigten im Einspruchsverfahren vor dem Versicherungsamte (§ 1592 RVO.) durch einen anderen als den Vorsitzenden des Versicherungsamts oder seinen ständigen Stellvertreter, so liegt ein von Amts wegen zu berücksichtigender Mangel des Verfahrens vor (2687).

„Streit über das Vermögen" nach § 646 RVO., der die Zuständigkeit des Beschlußsenats begründet, besteht sowohl dann, wenn über den abzugebenden Vermögensteil der abgebenden Genossenschaft gestritten wird (§ 644), als auch dann, wenn zunächst nur streitig ist, ob die Entschädigungspflicht der anderen Genossenschaft zufällt. Beim Ausscheiden einzelner Teile einer Genossenschaft (§ 643) findet kein Uebergang der aus eingestellten Betrieben erwachsenen Unfallast statt (2688).

Das in der Bekanntmachung des Reichsversicherungsamts v. 15. Januar 1912 (Amtl. Nachr. 1912 S. 504) als unterste Grenze für die Versicherungspflicht von Betrieben zur Behandlung und Handhabung der Ware aufgestellte Erfordernis von 300 vollen Arbeitstagen bezieht sich ausschließlich auf die Tätigkeit der vom Betriebsunternehmer in dem bezeichneten Betriebe beschäftigten Personen (2689).

---

*) Heft 3 der Amtl. Nachr. (v. 15. März 1914).

Digitized by Google

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Zur Versicherungspflicht der Leichenbesteller und Leichenbegleiter.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts**
a) v. 13. November 1913.
b) v. 16. Dezember 1913.

a.

Mit Recht hat die Vorentscheidung die Tätigkeit des Sch. als Leichenbesteller für versicherungspflichtig erachtet. Wie sich aus dem Schreiben des Magistrats P. ergibt, hat die Stadt P. das Beerdigungswesen größtenteils in eigenen Betrieb genommen. Wenn die Stadt auch nicht selbst die Särge liefern mag, so ist sie doch Eigentümerin des Friedhofs, des Leichenhauses, der Leichenwagen, der Särgeversenkungs- und sonstiger Bestattungsgerätschaften sowie der Leichenverbrennungsanlage. Sie stellt auch die mit der Bestattung befaßten Personen, insbesondere den Leichenbesteller an, der vom Magistrat auf Wohlverhalten verpflichtet wird. An den Leichenbesteller haben sich nach § 1 der Begräbnisordnung für die Stadt P. vom Jahre 1844 die Hinterbliebenen Verstorbener zu wenden, und er hat im allgemeinen sämtliche Vorbereitungen für die Beerdigung zu treffen. Hiernach bildet seine Tätigkeit einen Teil des Beerdigungswesens, soweit es die Stadt in eigenen Betrieb genommen hat. Er hat somit Geschäfte zu erledigen, die nach Lage der Sache als eine Anlegenheit der Stadtgemeinde erscheinen, und ist daher als Bediensteter der Gemeinde anzusehen. Seine Versicherungspflicht unterliegt demnach keinen Bedenken (zu vergl. Revisionsentsch. 279 und Entsch. 1300, Amtl. Nachr. des RVA. (J. u. AV.) 1893 S. 131, 1907 S. 415).

b.

Das Oberversicherungsamt erachtet die Leichenbegleiter für nicht versicherungspflichtig, weil ein Verhältnis wirtschaftlicher und persönlicher Abhängigkeit nicht nachweisbar sei.

Das Reichsversicherungsamt hatte keinen Anlaß, von der übereinstimmenden Auffassung des Versicherungsamts und des Oberversicherungsamts abzugehen.

Allerdings hat der Staat B. das Beerdigungswesen in eigenen Betrieb übernommen; das Begleiten der Leichen gehört daher zu dem Geschäftskreis der Deputation für die Friedhöfe. Allein nicht jede für einen Betrieb notwendige Tätigkeit macht ein Aufgeben der gewerblichen Selbständigkeit, eine Einordnung in den Betrieb und eine persönliche Unterordnung unter den Betriebsleiter erforderlich (Entsch. 1467, Amtl. Nachr. des RVA. 1910 S. 469). Die Bestimmung, welches Mitglied der Leichenbegleitergesellschaft bei der einzelnen Leichenfeierlichkeit jeweils Dienst zu tun hat, steht nicht der Deputation für die Friedhöfe oder dem Friedhofsinspektor, sondern ausschließlich der Gesellschaft als solcher zu. Sache der Gesellschaft ist es, die zu besorgenden Geschäfte unter die Mitglieder zu verteilen. Diese sind nicht schlechtweg zu persönlichen Dienstleistungen verpflichtet, sondern können sich durch andere, nicht der Gesellschaft angehörende Personen vertreten lassen. Will sich ein Mitglied vertreten lassen, so bedarf es hierzu nicht der Erlaubnis des Friedhofinspektors. Für die Gesellschaft besteht zunächst nur die Verpflichtung, dafür zu sorgen, daß jeweils die erforderliche Zahl Begleiter zur Stelle ist. Ob die zu der einzelnen Leichenfeierlichkeit antretenden Leichenbegleiter Mitglieder der Gesellschaft oder Stellvertreter sind, ist unwesentlich. Nach § 3 des Vertrages ist die nur aus 16 Personen bestehende Gesellschaft verpflichtet, auf Verlangen der Deputation bis 30 Begleiter zu stellen. Die Deputation kann auch eine Erhöhung dieser Zahl verlangen. Die Gesellschaft ist dann zur Herbeiführung einer Leistung verpflichtet, die sie mit ihren Mitgliedern allein nicht bewirken kann. Bei dieser Sachlage ist nicht anzunehmen, daß die Leichenbegleiter in einem persönlichen Abhängigkeitsverhältnisse zu einem bestimmten Arbeitgeber stehen. Nicht ausschlaggebend ist es, daß die Leichenbegleiter bei Ausübung ihrer Tätigkeit in einer bestimmten Kleidung zu erscheinen haben, daß übungsgemäß darauf geachtet wird, daß die Mitglieder der Gesellschaft sich nicht unnötigerweise vertreten lassen, daß die Leichenbegleiter hinsichtlich der Begleitung der Leichen den Anordnungen des Friedhofsinspektors unterworfen sind, daß die Wahl des Bestellers der Genehmigung der Deputation bedarf, und daß diese nach § 7 des Vertrags auf Ausschluß von Mitgliedern

Digitized by Google

wegen pflichtwidrigen Verhaltens hinwirken kann. Denn diese Umstände ergeben sich aus der Natur des übernommenen Geschäfts, finden sich auch anderwärts bei vertraglichen Verabredungen, namentlich bei solchen mit öffentlichen Behörden, wo die Wahrung öffentlicher Interessen in Frage steht, und schließen daher an sich die Unternehmereigenschaft nicht aus. Die der Deputation vorbehaltenen besonderen Vertragsrechte sind wohl auch Ueberreste alter Gildeverhältnisse, bei denen gerade der Stadtobrigkeit wesentliche Mitbestimmungsrechte eingeräumt waren. Wie sich nämlich aus der Eingabe der Ratsdiener und bürgerlichen Leichenträger vom 21. Juni 1813 an die Kommission für die Begräbnisangelegenheiten ergibt, wurde schon vor der unter französischer Herrschaft erlassenen Leichenbegängnisordnung vom 19. Juni 1813 die Leichenbegleitung von besonderen Leichenbegleitergesellschaften versehen.

Auch wirtschaftlich ist eine Abhängigkeit von der Deputation oder der Friedhofverwaltung nicht ersichtlich. Sache der Gesellschaft ist es, in welcher Weise der Entgelt für die Besorgung der Leichenbegleitung unter die einzelnen Mitglieder verteilt wird. Auch haben die Gesellschaft und die einzelnen Mitglieder in der Bezahlung der Stellvertreter freie Hand. Der einzelne Gesellschafter bezieht auch dann seinen Anteil an den monatlich vereinbarten Gebühren, wenn er einmal längere Zeit keine Dienste verrichtet hat. Beim Ableben eines Mitglieds erhält dessen Witwe noch drei Monate lang den auf den Verstorbenen fallenden Anteil an der von der Gesellschaft bezogenen Gesamtvergütung. Die Verfügung über die Strafgelder wegen Zuspätkommens oder nicht rechtzeitiger Abmeldung steht nicht der Deputation oder der Friedhofverwaltung, sondern der von den Gesellschaftern errichteten und verwalteten Mitglieder-Sterbekasse zu.

Es fehlt sonach an einer persönlichen und wirtschaftlichen Abhängigkeit der einzelnen Gesellschafter von der Deputation, die geeignet wäre, ihre Versicherungspflicht zu begründen. Der Umstand, daß das gesamte Begräbniswesen in der Stadt Br. von dem Staate in eigenem Betrieb besorgt wird, schließt nicht aus, daß der Staat, wie hier, die Besorgung eines Teils der beim Begräbniswesen notwendigen Geschäfte vertraglich auf besondere Unternehmer, als welche sich die Gesellschaft und deren Mitglieder darstellen, überträgt. Die Leichenbegleiter stehen aber auch nicht zu der Leichenbegleitergesellschaft in einem versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis. Denn diese Gesellschaft ist nichts weiter als die Gemeinschaft aller Mitglieder, die lediglich auf gesellschaftsrechtlicher Grundlage beruht. Alle Mitglieder haben im wesentlichen gleiche Rechte und Pflichten, ein jeder ist Mitunternehmer (zu vgl. Revisionsentsch. 149 und 299, Amtl. Nachr. des RVA. (J. u. AV.), 1892 S. 80, 1893 S. 153, Entsch. 1468, Amtl. Nachr. des RVA. 1910 S. 470).

Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts*).

Die in § 1488 Abs. 1 Satz 2 RVO. vorgesehene Auferlegung der Zahlung des Ein- bis Zweifachen der Rückstände ist eine Nebenstrafe besonderer Art, die nicht notwendig in allen Fällen das Schicksal der Hauptstrafe teilt. Sie kann nur durch Beschwerde nach § 1500 angefochten werden. Ist eine Hauptstrafe festgesetzt, so kann die Nebenstrafe nur gleichzeitig mit ihr, nicht noch nach Rechtskraft der Hauptstrafe auferlegt werden (1811).

Zuwiderhandlungen gegen § 1488 RVO. verjähren in drei Monaten, nicht in einem Jahre (1812).

§ 147 RVO. gilt nur für das Verfahren bis zum Erlasse der Strafverfügung; in der Beschwerdeinstanz läuft die Verjährung der Strafverfolgung nicht. Unter den Rückständen, deren Zahlung im ein- bis zweifachen Betrage nach § 1488 Abs. 1 dem Bestraften auferlegt werden kann, sind die nicht entrichteten Beiträge ohne Rücksicht auf die Verjährung aus § 29 Abs. 1 zu verstehen (1813).

*) Heft 3 der Amtl. Nachr. (v. 15. März 1914).

Digitized by Google

Sprechsaal.

Gefährdung des Ersatzanspruchs der Berufsgenossenschaft durch Vergleich zwischen dem Verletzten mit dem Dritten?

Wenn der bei einem Unfall Verletzte gegen den Verursacher des Unfalls und der Verletzung mit Entschädigungsklage zunächst für die Schäden innerhalb der ersten 13 Wochen vorgeht und der verklagte Schädiger bei einer Haftpflichtgesellschaft versichert ist, so pflegen nicht selten die Haftpflicht-Versicherungsgesellschaften für die bei ihnen versicherten Beklagten mit Abfindungen einzugreifen und in die Vergleichsverträge mit dem Kläger alle Ansprüche einzuschließen, welche den Verletzten aus dem Unfalle gegen den bei ihnen Versicherten zustehen oder noch erwachsen könnten. Man pflegt hierbei in der Regel ein Formular zu benutzen, in welchem oft nur mit einem einzigen Worte der Vergleichsabschluß auf alle dem Kläger aus dem Unfall gegen den angesprochenen Verursacher erwachsenen oder etwa noch erwachsenden Schäden erstreckt wird. Tritt dann nach einiger Zeit die (land- und forstwirtschaftliche oder die gewerbliche) Berufsgenossenschaft mit ihrem Ersatzanspruch für ihre Rentenleistungen nach § 147 oder § 151 LUVG., § 14 o GUVG., jetzt § 903, 1042 oder 1542 RVO. auf, so tritt ihr der Beklagte mit Berufung auf seine Befreiung durch den Vergleich mit dem Verletzten entgegen. Diese Verträge erhoben sich lange in gefahrdrohender Weise aus der verheimlichenden Versenkung gegen die Ersatzansprüche der Berufsgenossenschaften. Die Gefahr des Scheiterns der Ersatzklage an solchen Vergleichen zwischen Verletzten und Schädigern ist aber geschwunden, seitdem durch die Rechtsprechung des Reichsgerichts als Zeitpunkt für den Uebergang des Entschädigungsanspruchs des Verletzten auch gegen Dritte auf die Berufsgenossenschaft der Zeitpunkt des Eintritts des Unfalls festgelegt worden ist (Entsch. in Zivils. 60 S. 200, 61, S. 167) und ferner die Kenntnis von den den Entschädigungsanspruch begründenden Tatsachen der Kenntnis von dem Rechtsübergang auf die Berufsgenossenschaft gleichgestellt worden ist (daselbst 60 S. 204, 207).

Der Schädiger braucht nicht zu wissen, ob und daß der Verletzte tatsächlich auch schon seinen Rentenanspruch gegen die Berufsgenossenschaft angemeldet und geltend gemacht hat, daß diese seinen Anspruch festgestellt und vielleicht schon Rentenleistungen an ihn gemacht hat. Der Schädiger wird entweder bei dem Unfallereignis unmittelbar selbst zugegen sein oder durch Personen, für die er vielleicht nach § 178 BGB. einzutreten hat, alsbald davon erfahren. Bis auf seltne Ausnahmefälle wird sofort zu erkennen sein, daß es sich um einen landwirtschaftlichen oder gewerblichen Betriebsunfall handelt. Damit muß als ihm bekannt gelten, daß dem Verletzten daraus ein Rentenanspruch gegen die landwirtschaftliche oder gewerbliche Berufsgenossenschaft erwächst oder erwachsen kann. Schließt er nun (oder seine Haftpflicht-Gesellschaft für ihn) mit dem Verletzten im Vergleichswege einen generellen Abfindungsvertrag ab, so kann er sich dem Ersatzanspruch der Berufsgenossenschaft gegenüber nicht auf einen nach § 407 und 412 BGB. wirksamen guten Glauben berufen, daß der Verletzte noch der ihm gegenüberstehende Gläubiger des aus dem Unfalle erwachsenen Entschädigungsanspruchs sei oder er von dem Uebergange dieses Rechtsanspruchs auf die Berufsgenossenschaft beim Vergleichsabschluß keine Kenntnis gehabt habe.

Versagt schon gegenüber der mit dem Ersatzanspruch auftretenden Berufsgenossenschaft die Berufung des Schädigers auf angeblichen guten Glauben, so steht der Berufsgenossenschaft für die Geltendmachung seines Ersatzanspruchs gegen den Dritten der Weg offen und ist die Berufsgenossenschaft nicht darauf angewiesen, gegen den Verletzten selbst, der die Abfindung des Dritten angenommen, gleichwohl aber seine Rente weiterhin eingesteckt und der Berufsgenossenschaft den Vergleich mit dem Dritten verheimlicht hat, wegen doloser Schädigung oder ungerechtfertigter Bereicherung vorzugehen. Die Berufsgenossenschaft geht ungeachtet des Vergleichsabschlusses gegen den ersatzpflichtigen Schädiger auf Grund des Gesetzes vor. Findet sich dieser durch den Vergleichsabschluß bei Fortbestand seiner Ersatzpflicht gegenüber der Berufsgenossenschaft benachteiligt, so mag er gegen seinen Vergleichsgegner mit Vertragsanfechtung oder wegen ungerechtfertigter Bereicherung oder Schädigung nach § 826 BGB. vorgehen. Seine Ersatzpflicht gegenüber der Berufsgenossenschaft berührt dies nicht.

Geh. Justizrat, Hofrat Dr. Fuhl, Rechtsanwalt in Würzburg.

Zur Einholung ärztlicher Gutachten im Einspruchsverfahren nach § 1591 ff. RVO.

Die Frage, wann das Versicherungsamt im Einspruchsverfahren berechtigt sei, ein ärztliches Gutachten beizuziehen, hat Herr Stadtrat Dr. Heidecker in Nr. 5 zum Gegenstand seiner Untersuchung gemacht. Man wird nicht allen seinen Ausführungen beipflichten können. Als unzweifelhaft und durch die bisherige Rechtsprechung bestätigt, dürften folgende Grundsätze gelten: Hat der Versicherungsträger einen freigewählten behandelnden Arzt des Versicherten gehört, der das Heilverfahren in der Zeit des schwebenden Feststellungsverfahrens durchgeführt hat, so bleibt für eine Anhörung des behandelnden Arztes durch das Versicherungsamt kein Raum (§ 1595 RVO.). Als freigewählter behandelnder Arzt hat der Arzt zu gelten, den der Versicherte aus den ihm von seiner Krankenkasse zur Auswahl gestellten Aerzten erwählt hat. Für die freie Wahl des Arztes sind die Bestimmungen des § 369 RVO. maßgebend; hat die Behandlung in einem Krankenhause stattgefunden, die des § 184 Abs. 4 RVO. Beantragt der Versicherte bei dieser Lage der Akten die Beiziehung eines weiteren ärztlichen Sachverständigen, so hat er die Kosten für die Anhörung dieses Arztes vorzulegen. Das Versicherungsamt hat von ihm einen Vorschuß zu erfordern, der als Sicherheitsleistung für die entstehenden Kosten zweckmäßig so hoch bemessen ist, daß er die entstehenden Kosten auch wirklich deckt (§ 1596 RVO.).

Eine Einholung ärztlicher Gutachten als Anstellung weiterer Ermittlungen zum Zweck der dem

Digitized by Google

Versicherungsamt durch § 1598 RVO. freigestellten Aeußerung zur Sache ist nicht statthaft. Die entgegenstehenden Ansichten einiger Kommentatoren, denen Herr Dr. Heidecker sich anschließt, sind durch einen gemäß §§ 1799, 1693 RVO. ergangenen Beschluß des Reichsversicherungsamts (Beschlußsenat) vom 30. Oktober 1913 widerlegt, worin es heißt: Das Oberversicherungsamt hat erwogen, ob das Versicherungsamt nicht auf Grund des § 1598 der RVO. berechtigt gewesen wäre, ein anderes ärztliches Gutachten beizuziehen. Hiergegen ist folgendes zu bemerken: Abgesehen davon, daß das Versicherungsamt sich ausweislich der Akten nicht „zur Sache" geäußert hat und nur „hierzu" Ermittlungen angestellt werden dürfen, läßt sich eine Befugnis zur Einholung eines weiteren ärztlichen Gutachtens unabhängig von der Vorschrift der §§ 1595, 1596 RVO. aus § 1598 a. a. O. nicht herleiten. § 1598 ist geschaffen worden, um den Versicherten zu ermöglichen, vor einer objektiven örtlichen Stelle seinen Standpunkt vertreten, seine Beweismittel anzugeben, etwaige Mängel des Verfahrens rügen und insbesondere auch seinen körperlichen Zustand in Augenschein nehmen zu lassen. Dem Versicherungsamte umständliche Erhebungen zu übertragen, war nach den Ausführungen eines Vertreters der Regierung nicht beabsichtigt. Die weiteren Erhebungen sollten dem Versicherungsträger überlassen bleiben, das Versicherungsamt sollte nur die wünschenswert erscheinenden Anregungen geben. Die dem Versicherungsamt freigegebenen Ermittlungen beziehen sich danach nicht auf die Einholung ärztlicher Gutachten. Hierüber bestimmen vielmehr die §§ 1595, 1596 RVO. erschöpfend."

Neben den vorausgeschickten unzweifelhaften Grundsätzen für die Anhörung von Aerzten im Einspruchsverfahren gibt es über diesen Gegenstand noch eine ganze Reihe von Zweifelsfragen. Diese werden jetzt bei der Prüfung der gemäß § 97 der Verordnung vom 24. Dezember 1911 über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter den Versicherungsträgern zuzustellenden Festsetzungen der zu erstattenden Barauslagen des Verfahrens nach § 59 der RVO. im Beschwerdewege (§ 97 Abs. 2 Verordnung) ihre Beantwortung finden müssen. Deshalb erübrigt sich hier vorläufig ein weiteres Eingehen darauf.

Paul Koeppen, Berlin.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die Rechnungsergebnisse der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung im Jahre 1912

Die vom RVA. kürzlich veröffentlichten Nachweisungen über die Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der auf Grund der RVO. bestehenden Versicherungsanstalten und Sonderanstalten für das Geschäftsjahr 1912 sind erstmalig nach den hierfür erlassenen neuen Bestimmungen aufgestellt worden. Die Neuerungen betreffen in der Hauptsache die Eingliederung in der Hinterbliebenenfürsorge.

Die Zahl der bei den Versicherungsträgern beschäftigten Personen hat durch die Ausgestaltung der Versicherung gegenüber den Vorjahren eine Vermehrung erfahren. Es waren 1912 vorhanden: 338 Mitglieder der Vorstände, 53 Hilfsarbeiter der Vorstände, 2936 im Kanzleidienst beschäftigte Bureaubeamte, 466 Ueberwachungsbeamte, 630 Mitglieder der Ausschüsse usw. Die Zahl der Markenverkaufsstellen hat eine Abnahme erfahren. Sie betrug noch 1798 gegen 2203 im Jahre 1911. Die Zahl der gemäß §§ 1447 bis 1456 mit der Einziehung der Beiträge beauftragten Stellen betrug zusammen 7106, worunter sich 5493 Krankenkassen befanden.

Im Jahre 1912 sind insgesamt 12 200 776 Quittungskarten eingegangen, darunter 46 486 für Selbstversicherung. Die Nr. 1 trugen 1 407 481 Karten, darunter 5231 für Selbstversicherung. Der Zugang an Selbstversicherern hat gegen das Jahr 1911, in welchem 5510 Karten Nr. 1 für Selbstversicherer ausgefertigt worden waren, ein wenig abgenommen. Die Sonderanstalten ziehen die Beiträge bar ein, sie haben also keine Quittungskarten. Eine Ausnahme macht die Seekasse, die für bestimmte Versicherte auch die Quittungskarten und -Marken kennt.

Was die Leistungen anbetrifft, so sind im Jahre 1912 festgesetzt worden 124 825 Invalidenrenten, 11 570 Krankenrenten, 12 111 Altersrenten, 3811 Witwenrenten, 110 Witwenkrankenrenten, 13 962 Waisenrenten, 4118 Witwengelder, 108 Waisenaussteuern und noch eine Anzahl auf das Vorjahr sich beziehende Beitragserstattungen. Als Zahl der Waisenrenten gilt immer die Zahl der Waisenstämme, und nicht die Zahl der einzelnen Waisen. Die Festsetzung von Zusatzrenten kam noch nicht in Frage. An einmaligen Leistungen für die Hinterbliebenen wurden gewährt 4118 Witwengelder und 108 Waisenaussteuern.

Die Einnahme an Beiträgen betrug 248 456 259 Mark. Das sind 55 895 649 M. mehr als im Jahre vorher. Die Zahl der Wochenbeiträge betrug 730 848 091. Das sind 2 968 340 weniger als im Jahre vorher. In dem Gesamterlös sind 16 977 624 M. für 69 166 538 Wochenbeiträge alten Wertes und 43 949 Mk. für Zusatzmarken (§ 1472 RVO.) enthalten. Die ganz erhebliche Steigerung der Einnahme aus Beiträgen gegenüber dem Vorjahr ist hauptsächlich auf die Erhöhung des Wertes des einzelnen Wochenbeitrags in sämtlichen Lohnklassen zurückzuführen (§ 1392 RVO.) Daneben kommt die zunehmende Verwendung von Beiträgen höherer Lohnklassen in Betracht. Bei den Sonderanstalten ist auch die Zahl der entrichteten Wochenbeiträge beträchtlich — um annähernd 4½ Millionen — gestiegen.

In der Verteilung der vereinnahmten Wochenbeiträge auf die einzelnen Lohnklassen ist im Laufe der Jahre eine große Verschiebung eingetreten. Von 1000 vereinnahmten Wochenbeiträgen entfielen im Jahre 1891 auf die Lohnklasse I durchschnittlich 253, im Jahre 1912 aber nur noch 77. Der Anteil der II. Klasse fiel von 384 auf 207, dagegen erhöhte sich der der IV. Klasse von 146

Digitized by Google

auf 176 und der der Klasse V von 1900 an von 73 auf 284. Entsprechend der Verschiebung in der Beitragsleistung ist die durchschnittliche Höhe des Wochenbeitrags andauernd gestiegen Im Jahre 1891 betrug dieser Durchschnitt 20,81 Pf., im Jahre 1912 dagegen 34,98 Pf. Bei den Sonderanstalten allein erhöhte sich dieser Durchschnitt vom Jahre 1900 bis 1912 von 29,89 Pf. auf 43,31 Pf.

Die Einnahmen aus Nutzungen von Grundstücks- und baulichen Anlagen und von der beweglichen Einrichtung hat im Jahre 1912 insgesamt 2 658 712 M. betragen. An Strafgeldern wurden 202 300 M. eingenommen, aus Kursgewinnen 75 145 M., an sonstigen Einnahmen 7 225 954 Mark. Die Summe aller Einnahmen betrug 344 868 839 M. Von 100 M. Gesamteinnahmen entfielen auf Beiträge 79,28 M

Von den Ausgaben sind die für Renten die umfangreichsten. Es wurden im Jahre 1912 ausgegeben für Renten insgesamt 176 659 892 M. Hiervon trugen die Versicherungsanstalten 121 787 877 M. und das Reich (in der Gestalt des Reichszuschusses) 54 872 015 M. An einmaligen Leistungen wurden 1 964 805 M. gewährt, wovon 1 772 523 M. auf die Versicherungsanstalten und 197 281 M. auf das Reich entfallen. Gegen das Vorjahr wurden an Renten 7 686 187 M mehr und an einmaligen Leistungen 8 276 664 M weniger ausgegeben. Die erhebliche Abnahme der einmaligen Zahlungen des Jahres 1912 erklärt sich durch den Fortfall der Beitragserstattungen von 1912 ab. Die Zahlungen für Invalidenrenten haben im Jahre 1912 gegen das Vorjahr um mehr als 7¼ Mill. M. zugenommen. Auch bei den Krankenrenten ist eine bedeutende Zunahme zu verzeichnen. Dagegen ist an Altersrenten über 400 000 M. weniger gezahlt worden. Bei den Invalidenrenten sind in fast 13 000 Fällen, bei den Krankenrenten in rund 3000 Fällen Kinderzuschüsse (§ 1291 der RVO.) gewährt worden. An Hinterbliebenenrenten wurden insgesamt rund 800 000 M. gezahlt, die überwiegend auf Waisenrenten entfielen. Die einmaligen Versicherungsleistungen an Hinterbliebene (Witwengeld und Waisenaussteuer) beliefen sich auf rund 300 000 M. Daneben erfolgten noch Beitragserstattungen im Gesamtbetrage von rund 1 670 000 M

Für Heilverfahren sind im Jahre 1912 insgesamt 23 669 556 M. aufgewendet worden. An Zuschüssen zu den Kosten des Heilverfahrens sind von Krankenkassen, Trägern der Unfallversicherung usw. 6 688 718 M. erstattet worden. Dabei sind die Krankenkassen allein mit 6 146 820 M. beteiligt. An Angehörige der in Heilbehandlung genommenen Personen sind als Hausgeld (§§ 1271 und 1305 RVO.) 2 383 484 M. gezahlt worden. Für allgemeine Maßnahmen zur Verhütung des Eintritts vorzeitiger Invalidität unter den Versicherten und zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherungspflichtigen Bevölkerung gemäß § 1374 RVO. sind im ganzen 1 119 902 M. aufgewendet worden.

Für Invalidenhauspflege sind im Berichtsjahre von 28 Versicherungsträgern Aufwendungen im Gesamtbetrage von 1 680 897 M. gemacht worden. Durch Einbehaltung der Renten wurden 484 368 M. erstattet. Für Waisenhauspflege wurden von drei Versicherungsträgern insgesamt 395 M. ausgegeben. Die Mehrleistungen auf Grund des § 1400 der RVO. betrugen bei den Versicherungsanstalten 1 588 407 M. Es sind dies vom Bundesrat genehmigte, über die im § 1271 vorgeschriebene Höhe hinausgehende Aufwendungen für Angehörige der in Heilbehandlung genommenen Versicherten. Die entsprechenden Mehrleistungen der Sonderanstalten beliefen sich auf 204 770 M

Die allgemeine Verwaltung erforderte Aufwendungen in Höhe von 14 581 552 M Davon entfallen auf die persönlichen Ausgaben 11 116 248 M. Für Erhebungen bei Rentenfestsetzungen und Entziehungen von Renten, vorzugsweise also für ärztliche Gutachten, wurden 2 283 984 M. ausgegeben. Das Rechtsmittelverfahren (für Schiedsgerichte usw.) kostete 708 392 M

Das Beitragsverfahren (Einziehung der Beiträge, Ueberwachung usw.) erforderte 5 907 404 Mark. Von je 1000 M. der Gesamteinnahmen kamen auf die Verwaltungskosten im Jahre 1900 gleich 64 Mk., im Jahre 1912 gleich 68 Mk. Die Zunahme ist also nur eine geringe.

Der Vermögenszuwachs erreichte im Jahre 1912 die seither unbekannte Höhe von Mark 169 778 715. Das Reinvermögen hatte für den Schluß des Jahres 1912 die Höhe von Mark 1 929 095 320 erreicht. Den Hauptteil nehmen die Wertpapiere und Darlehn mit 1 802 843 418 Mark ein. Der jährliche Zinsertrag ist Mark 64 680 074, der Zinsfuß im Durchschnitt 3,61 Prozent.

Im übrigen enthalten die Nachweisungen noch eine Anzahl statistischer Angaben. So wird mitgeteilt, daß im Jahre 1912 im Durchschnitt eine Invalidenrente 186 Mk., eine Krankenrente 192 Mark, eine Altersrente 166 Mk., eine Witwenrente 77 Mk., eine Witwenkrankenrente ebenfalls 77 Mk. und die Rente für einen „Waisenstamm" 80 Mk. beträgt. Der Schwerpunkt der Rentenbewilligung liegt bei den Invalidenrenten in den Altersstufen von 55 bis 69 Jahren, bei den Krankenrenten in den Jahrgängen von 25 bis 59 Jahren. Bei den Witwenrenten kommen hauptsächlich die Alter 50—69 Jahren in Betracht. Der Zugang an Waisenrenten entfällt überwiegend auf solche Waisenstämme, deren Ernährer beim Tode im Alter von 30 bis 54 Jahren standen. Witwengelder wurden in 4120 Fällen im Gesamtbetrage von 311 397 Mk. festgesetzt, so daß durchschnittlich 75 Mk. auf ein Witwengeld entfallen. Waisenaussteuer wurde in 109 Fällen festgesetzt mit dem Gesamtbetrag von 2422 Mk. Der Durchschnittsbetrag belief sich daher auf 22 Mk.

Wohnungsfürsorge durch die Reichsversicherungsanstalt und Siedelungen für Privatbeamte.

Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte ist grundsätzlich bereit, an der Verbesserung der allgemeinen Wohnungsverhältnisse mitzuwirken und hat in der „Angestelltenversicherung", ihren amtlichen Nachrichten, (1914 Nr. 2 S. 26) Richtlinien für die von ihr beabsichtigte Betätigung auf diesem Gebiete veröffentlicht. Zu gleicher Zeit und im Zusammenhange hiermit macht der Wirkl. Geheime Rat Dr. Dernburg im „Berliner Tageblatt" vom 5. März 1914 einen Vorschlag zur Gründung von Siedelungen mit Hilfe der Reichsversicherungsanstalt. Er führt etwa aus:

Digitized by Google

Von den sozial Versicherten erreiche nur ein sehr geringer Prozentsatz überhaupt eine Altersrente. Demgegenüber sei bei der Angestelltenversicherung der Beitrag von 8 Prozent des Einkommens wahrscheinlich zu hoch. Ueberdies gelte für die Leistungen dieser Versicherung eine Wartezeit von 10 Jahren. In dieser Zeit werde die Versicherungsanstalt ein Kapital von nicht unter 1¾ Milliarden Mark ansammeln, von dem die Versicherten in dieser ganzen Zeit nichts haben würden. Die Anstalt dürfe aber 25% in freier — nicht mündelsicherer — Weise auch für Heilstätten, Erholungsheime und auch zur Verbesserung des Wohnungswesens der Versicherten verwenden. Solche Verwendung habe einen vorbeugenden Charakter und diene der Verlängerung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten.

Die Reichsversicherungsanstalt sei bereit, das Wohnungswesen ihrer Versicherten zu fördern. Sie könne ohne weiteres 50 bis 60% der Kosten von Bauwerk und Grund und Boden im Umfang ihrer bereiten Mittel zur Verfügung stellen. Sie könne weitere 10 bis 15% aus dem nicht mündelsicher anzulegenden Teil der Prämieneinnahmen gewähren. Nehme man an, daß die Kosten der Wohnung eines Privatbeamten, welcher 2700 M. Einnahmen hat, 550 M. normal betragen dürften, so rechtfertige sich hieraus nach den Erfahrungen der Baugenossenschaften unter Einrechnung eines Betrages von 50 M. zur Tilgung der zweiten Hypothek eine Jahresaufwendung von 600 M., dabei 50 M. Kapitalansammlung für die Versicherten entsprechend der Verzinsung und Amortisation eines kleinen Eigenhauses im Werte von 10 000 M. Von diesen 10 000 M. kann 7000 bis 7500 M. die Reichsversicherungsanstalt ohne weiteres auf Grund ihrer statutarischen Bestimmungen hergeben. Der Rest von 2500 bis 3000 M. wäre anders zu decken.

Anderseits habe auch der Arbeitgeber ein hohes Interesse an der Seßhaftmachung seiner Beamten, deren Sparsamkeit, Fleiß und Arbeitsfreude durch den Besitz eines Eigenhauses erhöht würden. Bei vielen Unternehmungen mit hunderten oder gar tausenden von Beamten beständen noch von früherer Zeit Pensions- und Unterstützungsfonds usw., die jetzt zu Hilfskassen umgewandelt sind oder anderen Zwecken dienen. Aus diesen Fonds oder aus anderen Mitteln dieser Korporationen könnte eine zweite Hypothek zwischen 75 und 90% gegeben werden, welche gleichzeitig mit dem nicht mündelsicheren Teil des Darlehns der Reichsversicherungsanstalt amortisiert würde mit einem nach den Einkommensverhältnissen möglichen Betrag unter Zuziehung der ersparten Zinsen. Wie man die Rückzahlung dieser Hypothek noch weiter sichern könne, wird näher ausgeführt.

Um derartiges durchzusetzen, bedürfe es einer Organisation. Es erscheine einfach und durchführbar, daß sich eine Anzahl von Beamten eines bestimmten Unternehmens oder aus einem bestimmten bereits organisierten Gewerbe zusammenschließen. Zu wählen wäre hierfür die Form einer Aktiengesellschaft.

Eine solche Beamtenbaugesellschaft wäre in der Lage, allen ihren Mitgliedern, die den gewiß nicht hohen Betrag von 1000 M. anzahlen können, auf Grund der erwähnten Vorbedingungen ein Eigenheim bis zum Werte von 10 000 Mark herzustellen, welches für eine bescheidene Familie zu einem mäßigen, das heißt 20% des Einkommens nicht übersteigenden Betrag eine bessere Unterkunft bietet als eine Mietwohnung. Die Gesellschaft könne Terrain ohne Zwischenspekulation erwerben, könne es nach eigenen Wünschen und Plänen aufteilen, sich einen in derartigen Siedelungen erfahrenen Architekten nehmen, mit Bauunternehmern zu wohlfeilen Preisen kontrahieren. Sie werde bei kluger Leitung mit einem erfahrenen Architekten und im Anschluß an bestehende Vereine für Kleinwohnungswesen mindestens 10 bis 20% billiger bauen als die übliche Wohnungsherstellung im Unternehmerbetrieb. Sie werde mehr Raum, bessere Ausstattung, größere Grundstücke bieten. Und eine so entstehende Siedelung könne schließlich auch Einfluß gewinnen bei Verkehrsunternehmungen, weil sie das Gewicht eines wirklichen und erheblichen Verkehrs in die Wagschale werfen könne.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und recht deutlich zu schreiben.

Recht der nach §§ 169—171 RVO. Befreiten zur Weiterversicherung? — Das Recht des Uebertritts in eine niedere Klasse (§ 310 Abs. 1 Satz 2) kann nicht durch die Satzung verschränkt werden.

1. Nach Unna. Antwort: Personen, die auf Grund der §§ 169 ff. RVO. versicherungsfrei sind, können nach § 176 Abs. 1 Ziff. 1 freiwillig beitreten, sind dann aber den §§ 176, 215, 310 unterworfen und gehören der ihrem Verdienst entsprechenden Klasse an. Das Recht, in eine niedere Klasse überzutreten, haben sie nicht. Dies steht nur denen zu, die sich beim Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung freiwillig weiterversichern (§ 310). Ob es solchem Ausscheiden gleichsteht, wenn bei bestehendem Beschäftigungsverhältnisse dem Versicherten einer der im § 169 bezeichneten Ansprüche gewährleistet wird, so daß seine Versicherungspflicht endet, ist zweifelhaft. Das preuß. OVG. hat ein solches Ausscheiden und die Befugnis zur Weiterversicherung bejaht, wenn der Beschäftigte infolge einer Gehaltserhöhung die Verdienstgrenze (§ 165 Abs. 2) überschreitet und dadurch aufhört, versicherungspflichtig zu sein (Entsch. 51 S. 354, Arb.-Vers. 1908 S. 421). Es wird ausgeführt, daß eine Aenderung des Beschäftigungsverhältnisses aus einem versicherungs-

Digitized by Google

pflichtigen in ein versicherungsfreies ebenfalls die Bedeutung des Ausscheidens aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung hat. Man könnte meinen, es müsse im Sinne dieser Entscheidung gleich sein, ob die Aenderung in einer Gehaltszulage oder in der Gewährleistung eines anderen Anspruchs besteht. Hiergegen bestehen aber doch erhebliche Bedenken. Der gesetzgeberische Gedanke bei den Befreiungen aus §§ 169—171 ist der, daß dem Versicherungsbedürfnisse durch die Gewährleistung anderer Ansprüche genügt ist; der Beschäftigte wird versicherungsfrei nur deshalb, weil er durch die besondere Gestaltung des Beschäftigungsverhältnisses gewissermaßen bereits versichert ist. Es liegt daher im Sinne des Gesetzes kein Anlaß vor, diesen Fall dem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung im Sinne des § 313 gleichzustellen und dem hinreichend Gesicherten noch das Recht der Weiterversicherung mit dem besonderen Privileg des Uebertritts in eine niedere Klasse einzuräumen. Es würde zu einer, der Absicht des Gesetzgebers gewiß fernliegenden, für die Kassen empfindlichen Ausbeutung führen, wenn die bereits hinreichend gesicherten Beamten sich noch durch Leistung des geringen Beitrags der niedrigsten Klasse den vollen Anspruch auf Krankenpflege sollten verschaffen dürfen. Wir empfehlen daher, die Weiterversicherung abzulehnen und es auf eine Entscheidung ankommen zu lassen.

Die zweite Frage ist zu verneinen. Das Gesetz (§ 313 Abs. 1 Satz 2) gibt dem zur Weiterversicherung Berechtigten die Befugnis, in „eine" niedere Klasse überzutreten, also in eine beliebige, auch in die niedrigste Klasse. Dies Recht kann ihm die Satzung nicht durch die Bestimmung verschränken, daß er nur in eine bestimmte niedere, aber nicht darüber hinaus bis zur niedrigsten Klasse soll übertreten dürfen. (§ 323).

Die Landesversicherungsanstalt kann die Uebertragung der Fürsorge nach § 1519 RVO. nicht auf Auszahlung des Hausgeldes beschränken.

2. **Nach Bünde.** Frage: Kann die Landesversicherungsanstalt die Fürsorge für die Angehörigen eines Kranken, für den ein Heilverfahren eingetreten ist, der Krankenkasse übertragen?

Antwort: Als „Fürsorge für die Angehörigen" des Kranken kann im Sinne der Anfrage doch nur die Auszahlung des Hausgeldes nach § 1271 RVO. in Betracht kommen. Man könnte meinen, daß auch dies zur Fürsorge für den Kranken selbst gehöre, da § 1271 voraussetzt, daß er den Unterhalt für seine Angehörigen bisher bestritten hat, und bezweckt, ihn diese Sorge (mindestens zum Teil) für die Dauer des Heilverfahrens abzunehmen. Allein ein Vergleich des § 1519 mit der entsprechenden Vorschrift in § 1514, wonach der Träger der Unfallversicherung „die Erfüllung seiner Pflichten gegen den Verletzten und dessen Angehörige" auf die Krankenkasse übertragen kann, nötigt doch zur engeren Auslegung des § 1519. Die Abweichung der Fassung ist doch zu auffällig, als daß man annehmen könnte, unter der „Fürsorge" für den „Kranken" sei auch die Auszahlung von Barbeträgen überhaupt und insbesondere auch an die Angehörigen zu verstehen. Zu vgl. auch Lehmann (Hanow) Anm. 4 zu § 1519 mit Anm. 5 zu § 1514.

Zur Rechtslage der Mitglieder von Hilfskassen, die noch nicht als Ersatzkassen zugelassen sind.

3. **Nach Crefeld.** Antwort: Eine Hilfskasse, die ihre Zulassung als Ersatzkasse zwar rechtzeitig beantragt, aber bisher noch nicht erlangt hat, ist keine Ersatzkasse, und es kann von der Anwendung des § 520 Abs. 2 RVO. auf die ihr nach dem 1. Januar 1914 beigetretenen Mitglieder nicht die Rede sein. Die dieser Kasse erteilte Bescheinigung aus § 75a KVG. bleibt einstweilen, solange die Zulassung als Ersatzkasse noch aussteht, in Kraft, bis Ende Juni 1914. Dies wird dahin ausgelegt, daß die Mitglieder der Hilfskasse noch jetzt, wie unter der Herrschaft des KVG., von der Zugehörigkeit zu einer Zwangskasse (§ 225 RVO.) befreit sind (vgl. Min.-Erl. v 6. 12. 13 hier S. 39). Daraus folgt aber auch, daß solche Versicherungspflichtige, die bereits Mitglieder einer Ortskrankenkasse sind, durch den Beitritt zu jener Hilfskasse nicht mehr aus der Ortskrankenkasse ausscheiden können. Denn dieser Beitritt kann keine stärkere Kraft haben als nach dem KVG., auf Grund dessen die Bescheinigung erteilt ist. Nach § 19 Abs. 5 KVG. würde der Austritt erst mit Schluß des Jahres 1914 zulässig sein. Die Bescheinigung aus § 75a KVG. wird aber in jedem Falle schon vorher erloschen sein, nämlich entweder durch die Zulassung als Ersatzkasse oder spätestens mit Ablauf des 30. Juni 1914. Die Rechtslage ist also die: Der erst im Laufe dieses Jahres erfolgende Beitritt zur Hilfskasse ist einstweilen ohne jede Wirkung auf das Verhältnis des Beigetretenen zur Ortskrankenkasse und § 520 Abs. 2 RVO. ist erst anwendbar, sobald die Zulassung als Ersatzkasse erfolgt ist.

Berechnung des Doppelbeitrags bei Vollversicherung des Hausgewerbtreibenden.

4. **Nach Kamenz (Sa.).** Frage: § 485 RVO bestimmt, daß die Kasse dem Hausgewerbtreibenden auf seinen Antrag zu gestatten hat, daß er die Beiträge in doppeltem Betrage einzahlt. Der Beitragsteil seiner hausgewerblich Beschäftigten wird dadurch nicht geändert. In diesem Falle werden dem Hausgewerbtreibenden die für ihn einkommenden Zuschüsse ausgezahlt oder verrechnet. — Diese Bestimmung wird hier so verstanden: Der Hausgewerbtreibende muß beispielsweise laut Kassensatzung an Beiträgen $1^1/_2$ vom Hundert des Ortslohns zahlen. Der Ortslohn beträgt für ihn 2,60 M., der Wochenbeitrag also 24 Pf. Zahlt er nun die Beiträge in doppeltem Betrage, so müßte er wöchentlich 48 Pf. leisten; er bekommt dann aber die für ihn bei der Kasse einkommenden Zuschüsse des Auftraggebers ausgezahlt oder verrechnet. Beschäftigt er nun wieder eine hausgewerbliche Person, so fragt sich: muß er dann auch für diese seinen eigenen Beitragsteil, also z. B. von 24 Pf. Wochenbeitrag $^1/_3 = 8$ Pf. auch im doppelten Betrage, also mit 16 Pf. an die Kasse abführen?

Antwort: Die Frage ist zu bejahen. Das Gesetz sagt, daß der Hausgewerbtreibende „die Beiträge" in doppeltem Betrag einzahlt, daß aber „der Beitragsteil" der hausgewerblich Beschäftigten dadurch nicht geändert wird. Dieser „Beitragsteil" ist nach dem Sprachgebrauch der RVO. dasjenige, was der Beschäftigte sich vom Lohn abziehen lassen muß (vgl. §§ 394, 395), also $^2/_3$ des für den Versicherungspflichtigen überhaupt einzuzahlenden Bei-

Digitized by Google

trags (§ 381). Nur diese $^2/_3$ sind von der Verdoppelung ausgeschlossen. Alles was der Hausgewerbtreibende für sich selbst einzahlt, d. h. was er auch endgiltig selbst zu tragen hat, also der Beitrag für sich und $^1/_3$ des Beitrags für seine Beschäftigten hat er zu verdoppeln. So ist es zu verstehen, wenn es in der Begr. S. 243 heißt, daß er „insgesamt das Doppelte des eigenen Beitrags einzahlt."

Kein Ersatzanspruch wegen Wochenhilfe (§ 197 RVO.) an Kassen, die vor dem 1. Januar 1914 eingegangen sind.

5. K. H. Z. Antwort: Es wird überwiegend angenommen, daß an sich zur Entstehung des Ersatzanspruches der unterstützenden Kasse es genügt, wenn die Niederkunft nach dem 31. Dezember 1913 erfolgt, daß aber die Mitgliedschaft bei anderen Kassen, welche deren Ersatzverpflichtung begründet, auch in eine frühere Zeit fallen darf. (Uebereinstimmend Hahn, Handb. der Kr.-V., Anm. 4 und Hoffmann, Kr.-V., Anm. 2 zu § 197 RVO.) Da aber der Anspruch selbst erst mit der Niederkunft begründet wird, so muß Voraussetzung sein, daß die Kasse, die zum Ersatz verpflichtet sein soll, auch in diesem Augenblick noch besteht. Daher sind nicht ersatzpflichtig, Gemeinden, deren Krankenversicherung mit dem 31. Dezember 1913 geschlossen worden ist, ebensowenig die mit diesem Tage aufgelösten oder geschlossenen Krankenkassen, mögen sie auch für die Zwecke der Geschäftsabwicklung noch als fortbestehend gelten. (§ 301 Abs. 1 Satz 2 RVO.) Neue Verpflichtungen können für solche Kassen durch Versicherungsfälle, die erst nach der Auflösung oder Schließung eintreten, nicht mehr begründet werden. Gegen Gemeindekrankenversicherungen ist überwiegend ein Anspruch aus § 197 schon deshalb ausgeschlossen, weil sie bekanntlich Wochenhilfe überhaupt nicht zu gewähren hatten.

a) **Verfahren bei Beschwerden über Straffestsetzungen.** b) **Gewerbezweige und Betriebsarten im Sinne des § 239 RVO.**

6. Nach Liegnitz. Antwort: a) Auf Beschwerden gegen Straffestsetzungen in Unfall- und in Invalidenversicherungssachen aus § 910 Abs. 1 und § 1500 RVO. entscheidet das Oberversicherungsamt — anders als in Krankenversicherungssachen nach § 530 Abs. 4 das Versicherungsamt — unter Zuziehung von Beisitzern. Diese ausdrückliche Vorschrift läßt sich auch dann nicht umgehen, wenn die Beschwerde offenbar unzulässig oder verspätet eingelegt ist. Eine Vorschrift, wie sie die Kaiserl. Verordg. über das Verfahren vor dem Reichsversicherungsamt im § 38 enthält, hätte entsprechend auch für das Verfahren vor dem Oberversicherungsamt gegeben werden können, aber sie fehlt in den Vorschriften der entsprechenden Verordg. (§§ 40 ff.) und darf nicht etwa im Wege der Analogie auf das Verfahren vor dem Oberversicherungsamt übertragen werden. Auch die im Spruchverfahren geltende Ermächtigung des Vorsitzenden zum Erlaß einer Vorentscheidung (§ 1657) ist im Beschlußverfahren nicht anwendbar.

b) Die Zulassung der Ortskrankenkasse ist mit Recht erfolgt. Der Ausdruck „Gewerbszweig" im Sinne des § 239 RVO., wie des § 16 KVG., bezieht sich auf den Gegenstand, der Ausdruck „Betriebsart" auf Mittel und Form des Betriebes. Es konnten nach § 16 KVG. errichtet und nach § 239 RVO. zugelassen werden Ortskrankenkassen für bestimmte Gewerbe ohne Unterschied der Betriebsart „oder" für bestimmte Betriebsarten ohne Unterscheidung nach Gewerbezweigen (näheres bei Hahn, Kommentar zum KVG. Anm. 2a zu § 16), jedoch nicht (wenigstens nach der preußischen Praxis) solche Kassen, welche das Merkmal der Kassenzugehörigkeit teils in den Gegenstand, teils in die Form des Betriebes verlegten und insofern für Gewerbszweige „und" Betriebsarten bestehen sollten. Die vorliegende Satzung bezieht sich nur auf Gewerbszweige ohne Unterschied der Betriebsart, ist also einwandsfrei.

Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes für Schauspieler.

7. Nach B. Antwort: Wenn ein Schauspieler nur während $6^1/_2$ Monate im Jahr beschäftigt ist, so wird sein für die Versicherungspflicht maßgebender Jahresarbeitsverdienst durch Vervielfältigung der Monatsgage mit $6^1/_2$, nicht mit 12 ermittelt. Von der Gage sind freilich Unkosten für Garderobe abzuziehen, andererseits wären Nebeneinnahmen aus Gastspielen, soweit sie schon feststehen oder mit einiger Wahrscheinlichkeit anzunehmen sind, hinzuzurechnen.

Ausgleichsanspruch wegen des Wochengeldes nach § 197 RVO.

8. Nach Bünde. Antwort: Der Ausgleichsanspruch einer Krankenkasse gegen andere Krankenkassen wegen des Wochengeldes nach § 197 RVO. ist in allen Fällen gegeben, in denen die Niederkunft nach dem 31. Dezember 1913 erfolgt (Hahn, Handb. der Kr.Vers. S. 265 Anm. 4 zu § 197). Daß die Vorschrift auf die Absicht beruht, die Abschiebung weiblicher Versicherter, die ihrer Niederkunft entgegensehen, an andere Kassen zu verhindern (daselbst Anm. 1), kann eine einschränkende Anwendung nur in solchen Fällen, in denen eine Abschiebung in Frage kommen konnte, nicht rechtfertigen. Die Vorschrift gilt daher auch, wenn der Kassenwechsel sich infolge der Errichtung einer Betriebskrankenkasse vollzogen hat. Der Anspruch dieser Kasse ist also begründet.

Unzulässige Ueberweisung von Kassenvermögen.

9. Nach Ho. Antwort: Es liegt weder eine Vereinigung von Krankenkassen noch einer der im § 298 RVO. bezeichneten Fälle der Ausscheidung von Kassenteilen vor. Nur in diesen Fällen aber findet eine Auseinandersetzung und Vermögensteilung statt (§§ 285 ff., 294, 298 Abs. 2). Entsprechende Anwendung auf andere Fälle ist ausgeschlossen (Begr. S. 183, 184). Wenn das Versicherungsamt gleichwohl es „für angebracht" hält, aus „Billigkeit" einen Teil des Vermögens der Ortskrankenkasse der Betriebskrankenkasse zu überweisen, so muß man dem Amt entgegenhalten, daß es unangebracht ist, einer Krankenkasse eine Vermögensverwendung zuzumuten, die das Gesetz verbietet (§§ 25, 363).

Digitized by Google

Vermögenszuweisung bei Schließung von Ortskrankenkassen und gleichzeitiger Errichtung von Innungskrankenkassen.

10. Nach B. Antwort: Die allgemeine Ortskrankenkasse ist als solche am 1. Januar ins Leben getreten. Wenn gleichzeitig mehrere Innungskrankenkassen ins Leben getreten sind, so gehörten diesen sofort kraft Gesetzes (§ 250) alle Versicherungspflichtigen an, welche am 1. Januar bei Innungsmitgliedern beschäftigt waren: von der Zugehörigkeit zur allgemeinen Ortskrankenkasse waren diese Personen ebenso kraft Gesetzes (§ 234) ausgeschlossen. Daraus folgt: Soweit Personen, welche vom 1. Januar ab einer Innungskrankenkasse anzugehören haben, vor diesem Zeitpunkt einer der mit Ablauf des 31. Dezember geschlossenen Ortskrankenkassen angehörten, sind sie bei Schließung dieser Kassen nicht etwa zunächst zur allgemeinen Ortskrankenkasse und erst von dieser zu den Innungskrankenkassen übergegangen, sondern es hat sich ein unmittelbarer Uebergang von Mitgliedern aus den geschlossenen Ortskrankenkassen zu den neuen Innungskrankenkassen vollzogen. Diesen Mitgliederübergang muß das Versicherungsamt bei der Verteilung des Vermögens der geschlossenen Kassen nach § 303 mit berücksichtigen.

Befreiung städtischer Angestellter nach § 169 RVO.

11. Nach W. Antwort: Der Magistrat ist der gesetzliche Vertreter der Stadtgemeinde (§§ 10, 56 Ziff. 8 der Städteordnung). Beschließt er in gehöriger Form, den städtischen Beamten und sonstigen Angestellten Ansprüche im Sinne des § 169 RVO. einzuräumen, so sind hiermit diese Ansprüche hinreichend gewährleistet, weil der Beschluß den davon Betroffenen gegenüber gültig ist. Daß der Beschluß noch der Genehmigung der Stadtverordnetenversammlung bedarf, berührt nicht seine Gültigkeit nach außen, sondern begründet nur für den Magistrat die öffentlich-rechtliche Pflicht, jene Genehmigung einzuholen. Die Befreiung von der Versicherungspflicht ist daher schon durch den Beschluß des Magistrats, nicht erst mit der demnächst eingeholten und erteilten Genehmigung der Stadtverordnetenversammlung eingetreten.

Ersatzmänner für Vorstandsmitglieder scheiden erst dann aus dem Ausschuß aus, wenn sie in den Vorstand eintreten.

12. Nach Spremberg, Riegelsberg usw. Antwort: Nach § 19 der Musterwahlordnung treten gegebenenfalls „die noch nicht gewählten Bewerber" als Ersatzmänner ein. Klarer kann doch nicht ausgedrückt werden, daß diese Ersatzmänner einstweilen noch nicht dem Vorstand angehören, sondern erst dann, wenn sie tatsächlich als Ersatz für ein ausscheidendes Mitglied einzutreten haben. Erst dann also scheiden sie nach § 327 RVO. aus dem Ausschuß aus. So entspricht es doch auch dem Zwecke des Gesetzes.

Stimmrecht in Kommissionen des Kassenvorstandes.

13. Nach A. Frage: Nach der Satzung können nach Vorstandsbeschluß laufende Geschäfte Ausschüssen zur Erledigung zugewiesen werden, die aus Vorstandsmitgliedern gebildet werden. Diese Abteilungen tagen unter Leitung des aus ihrer Mitte gewählten Vorsitzenden nach Bedürfnis. Der Vorsitzende des Kassenvorstandes kann aber jederzeit den Vorsitz übernehmen. Ist in diesem Falle der Vorsitzende des Kassenvorstandes stimmberechtigt?

Antwort: Es ist anzunehmen, daß der Kassenvorsitzende, wenn er in einer solchen Abteilung den Vorsitz übernimmt, damit nicht nur die Leitung, sondern auch die Rechte eines Mitgliedes der Abteilung und somit auch das Stimmrecht in ihr bekommen soll. Anderenfalls müßte dies die Satzung besonders ausschließen.

a) Krankenversicherung von Orchestermitgliedern, die auch Musikunterricht erteilen. b) Voraussetzungen für die Versicherungsfreiheit der Nebenbeschäftigung.

14. Nach D. Antwort: a) Wenn ein Orchestermitglied nebenher Musikunterricht gibt, unterliegt an sich auch diese Tätigkeit der Krankenversicherung, und daher muß der aus ihr erzielte Verdienst dem im Hauptberuf verdienten Gehalt hinzugerechnet werden. Ergibt sich hiernach ein Jahresarbeitsverdienst von mehr als 2500 M., so besteht keine Versicherungspflicht. (Vergl. Hahn, Handb. der Kr.Vers., Anm. 25 c Ende zu § 165 RVO.). Die Nebenbeschäftigung kommt ausnahmsweise nicht in Betracht, wenn sie nur vorübergehende Dienstleistungen darstellt, d. h. solche, die nur von geringer Dauer sind, gleichviel, ob sie gelegentlich oder in regelmäßiger Wiederkehr ausgeübt. (Vgl. Bekanntmachung vom 17. 11. 13 in der Arb.-Vers. 1913 S. 848 unter I 4.). Es kommt also auf den Umfang der Nebenbeschäftigung an. Handelt es sich hiernach um vorübergehende Dienstleistungen, so würde die Nebenbeschäftigung versicherungsfrei sein, und die Versicherungspflicht wäre nur nach der Hauptbeschäftigung zu beurteilen.

b) Die gleichen Grundsätze sind für die andern Fälle maßgebend, in denen städtische Angestellte nebenher als Diener an der Getreidebörse oder als Billeteure, Logendiener usw. in Vergnügungslokalen tätig sind. Nach dem Gesagten läßt sich die Entscheidung nur von Fall zu Fall bei genauer Kenntnis der Arbeitsverhältnisse, insbesondere des Umfanges der Nebenbeschäftigung treffen.

Kein Anspruch auf Krankenhauspflege, insbesondere in Fällen des § 420 RVO.

15. Nach Elmshorn. Antwort: Grundsätzlich schon besteht nach § 184 RVO. unter den dort bezeichneten Voraussetzungen nur ein Recht der Kasse, nicht eine Pflicht, Krankenhauspflege zu gewähren. Um so weniger kann von einer solchen Pflicht dann die Rede sein, wenn die Kasse nach § 420 kein Krankengeld gewährt und dem entsprechend ermäßigte Beiträge erhebt. In solchen Fällen ist auch § 184 Abs. 3 nicht anwendbar, wonach die Kasse „möglichst" Krankenhauspflege gewähren „soll". Denn besonders weil die Kasse hier nur ein Aequivalent für die gewöhnliche Krankenpflege (ohne Krankengeld) empfängt, würde sie in ganz unbilliger Weise belastet werden, wenn sie gleichwohl angehalten werden könnte, Krankenhauspflege zu gewähren (zu vgl. Komm. Bd. II S. 64 ff.).

Digitized by Google

Verträge zwischen Kassen über Kostenersatz aus § 222 RVO.

16. Nach Arnstadt. Antwort: Wir halten Vereinbarungen zwischen Kassen über eine von § 222 RVO. abweichende Bemessung des Ersatzes der Kosten für wechselseitige Aushilfe nicht für unzulässig, wenn nach dem Inhalt des Abkommens angenommen werden kann, daß im Laufe des Verkehrs ein billiger Ausgleich der im Einzelfall etwa sich ergebenden Mehr- oder Minderleistung eintreten wird; so insbesondere ein Abkommen dahin, daß stets die tatsächlichen Aufwendungen für Krankenpflege in Rechnung zu stellen sind. Die gleiche grundsätzliche Auffassung dürfte wohl auch das Reichsversicherungsamt bestimmt haben, selbst die Anregung zu dem Abkommen zwischen Kassen und Berufsgenossenschaften über Kostenersatz in Fällen des § 1513 zu geben (vgl. Arb.-Vers. 1914 S. 22).

a) Krankenversicherung solcher Hausgewerbtreibender, die vorübergehend wenig oder nichts verdienen. b) Zum Wahlrecht aus Art. 29 Einf.Ges. zur RVO.

17. Nach Schneeberg (Sachsen). Fragen: a) Der Bundesrat hat nach § 168 RVO. keine besonderen Bestimmungen erlassen, inwieweit vorübergehende Dienstleistungen im Hausgewerbe versicherungsfrei bleiben. Wir haben im hiesigen Spitzen- und Stickereigewerbe eine Masse Frauen, meist zwischen 60 und 70 Jahren, die zu Hause für die Geschäfte klöppeln, nähen, sticken usw. Sie verdienen, wenn es gut geht, wöchentlich 4, 5 und 6 M., wenn es aber schlecht geht, wöchentlich 2 M., 1 M., ja auch nur 50 bis 80 Pfg. Jetzt gibt es tagelang überhaupt nichts zu tun. Sind diese alten Frauen versicherungspflichtig?

b) Die Orte Schneeberg und Neustädtel hängen zusammen; beide haben aber ausgestaltete „Allgemeine Ortskrankenkassen". Nun haben wir eine ganze Anzahl Sticker, die in Neustädtel wohnen, aber in Schneeberg in Arbeit waren. Diese haben, wenn sie sich in Neustädtel durch Kauf einer eigenen Maschine selbständig machten, in Schneeberg freiwillig fortgesteuert, weil die Ortskrankenkasse Schneeberg viel mehr leistet, als die in Neustädtel. Diese Hausticker werden jetzt als Hausgewerbetreibende versicherungspflichtig, weigern sich jedoch, der zuständigen Ortskrankenkasse Neustädtel beizutreten; wollen vielmehr in Schneeberg freiwillig fortsteuern. Geht dies nach Art. 29 Einf.Ges. in Verbindung mit Ziff. 1 der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 20. Dezember 1913 an?

Antwort: a) Daß die Frauen in der Zeit, in der sie wöchentlich 4 bis 6 M. verdienen, versicherungspflichtig sind, kann nicht zweifelhaft sein. Für die Zeiten, in denen der Verdienst bis auf 80 oder gar 50 Pfg. wöchentlich herabsinkt, könnte in Frage kommen, ob die Beschäftigung nicht wegen Geringfügigkeit des Entgelts nach Ziff. I 3 der Bekanntmachung vom 17. November 1913 (Arb.-Vers. 1913 S. 848), die auch für Hausgewerbetreibende gilt, versicherungsfrei bleiben müßte. Da aber der einmal in das Verzeichnis eingetragene Hausgewerbetreibende Mitglied der Kasse auch während der Zeit bleibt, in der er vorübergehend überhaupt nicht gegen Entgelt beschäftigt ist (§ 468 mit § 446 RVO.), so muß gleiches umsomehr für die Zeit gelten, in der er vorübergehend nur gegen geringen Entgelt beschäftigt ist.

b) Art. 29 Einf.Ges. zur RVO. gilt nach seiner uneingeschränkten Fassung auch für solche jetzt Versicherungspflichtige, die bisher freiwillig bei einer anderen als der jetzt zuständigen Kasse versichert waren; und daß Art. 29 für Landkassenpflichtige auch da gilt, wo eine Landkrankenkasse nicht errichtet und folglich die allgem. Ortskrankenkasse gesetzlich zuständig ist, ergibt sich aus Ziff. I, 1 der Bekanntmachung v. 20. Dezember 1913 (Arb.-Vers. 1914 S. 37). Mithin können die Sticker in der Schneeberger Kasse bleiben. Mit der Begründung und dem Zwecke des Art. 29 ist das freilich nicht zu vereinbaren, da die Versicherten nur vor dem möglichen Nachteil bewahrt werden sollen, der mit der Zugehörigkeit zu einer Landkrankenkasse verbunden sein könnte (Begr. S. 29).

Das Ruhen der Beitragspflicht aus § 517 tritt nicht vor Nachweis der Zugehörigkeit zur Ersatzkasse ein.

18. Nach Hannover. Antwort: a) Das Ruhen der Rechte und Pflichten nach § 517 RVO tritt selbstverständlich nur ein, wenn ein begründeter Antrag gestellt wird. Dazu gehört auch, daß „dabei", nämlich bei der Antragsstellung die Zugehörigkeit zur Ersatzkasse nachgewiesen wird (§ 519). Solange dies nicht geschehen ist, liegt also ein gültiger Antrag noch nicht vor. Dies gilt auch im Falle des § 520. Es genügt daher nicht, daß der Antrag in der dort bezeichneten Monatsfrist gestellt wird, wenn nicht auch der Nachweis in dieser Frist geführt wird. Bis zur Stellung eines wirksamen Antrags, also bis zur Führung des Nachweises sind die vollen Beiträge zu zahlen (Begründung S. 252 zu §§ 542, 543 Entw.).

b) Es ist nicht zu verkennen, daß § 183 Abs. 1 Satz 2 RVO. eine wesentliche Mehrbelastung der Kassen bedeutet. Das kann aber kein Grund sein, die Vorschrift nicht anzuwenden, wo ihre Voraussetzungen gegeben sind.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde Bellevuestr. 44b.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Dippe; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe; Geh. Regierungsrat Professor Dr. Laß, Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Rat Dr. Olshausen; Geheimrat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1064 der ganzen Folge

31. Jahrgang | **11. Mai 1914** | **Heft 14**

Kostenfragen im Verfahren vor dem Versicherungsamt.

Von Regierungsrat **Schlenther** in **Gumbinnen.**

I. Unter den Neuerungen der RVO. ist die Gesetz gewordene Gestaltung des Versicherungsamts wohl diejenige, die am wenigsten den ursprünglichen Gedanken der Verfasser des Entwurfs des Gesetzes entsprechen dürfte. Die vielfachen Aenderungen, die namentlich das Verfahren in Unfallsachen gegenüber dem Entwurfe erfahren hat, ergaben eine gewisse Unausgeglichenheit des Verfahrens vor dem Versicherungsamte, das in jeder der drei Versicherungsarten eine andere Stellung dem Versicherungsträger gegenüber einnimmt. Eine künftige Abänderung der RVO. wird diese Verschiedenheiten zu planieren und auch dem Versicherungsamt diejenige einheitliche Stellung zu geben haben, welche seiner Bedeutung als Unterbau des gesamten Behördenorganismus in der sozialen Versicherung entspricht. Hier sollen aber nicht Wünsche de lege ferenda vorgebracht, sondern nur de lege lata, die aus jener Unausgeglichenheit sich für die Praxis ergebenden Zweifel besprochen werden, soweit sie die Kostenfrage betreffen.

Das Versicherungsamt ist grundsätzlich Staatsbehörde und seine Kosten fallen deshalb grundsätzlich dem Bundesstaat zur Last, der es errichtet hat (§ 59 RVO.). Eine Ausnahme machen nur die gemeindlichen Versicherungsämter. Die zu den Zweifeln Anlaß gebende Bestimmung findet sich in § 59 Abs. 2, wo gesagt ist, daß die Versicherungsträger die in Spruchsachen entstehenden Barauslagen des Verfahrens mit Ausnahme der Bezüge der Versicherungsvertreter zu erstatten haben, soweit nicht die Verfahrenskosten besonders auferlegt worden sind (§ 1802).

Diese Vorschrift birgt infolge der von der Reichstagskommission vorgenommenen Aenderungen des Verfahrens bei ihrer Anwendung auf die neu hinzugetretenen Bestimmungen eine Reihe von Streitpunkten zwischen Versicherungsträger und Versicherungsamt, die der endgültigen Entscheidung des Oberversicherungsamts unterliegen.

Festzuhalten ist zunächst, daß den Versicherungsträgern nur im Spruchverfahren Kosten irgendwelcher Art auferlegt werden können, womit gesagt ist, daß in allen Beschlußsachen die Kosten von Zeugen- und Sachverständigenvernehmungen sowie die der persönlichen Vorladung des Versicherten zum Zwecke der Beweiserhebung in jedem Falle vom Staate oder der Gemeinde zu tragen sind. Das ist wichtig besonders für die vielfachen Streitigkeiten aus § 1459 RVO., zu denen seit dem 1. Jan. 1914 noch die aus § 405 RVO. treten. Im strengen Sinne gibt es ein Spruchverfahren vor dem Versicherungsamt nach geltendem Recht nur in Krankenkassensachen, da in Unfall- und Invalidensachen das Versicherungsamt auf eine begutachtende Tätigkeit beschränkt worden ist[1]). Da

[1]) Vgl. § 39 der Kais. Verordn. über das Verfahren vor den Vers.-Aemt. v. 24. XII 1911.

Digitized by Google

aber in § 59 Abs. 2 die §§ 1591—1674 RVO. ausdrücklich zitiert sind, so müssen die dort gegebenen Kostenvorschriften auch auf die begutachtende Tätigkeit in Unfall- und Invalidensachen ausgedehnt werden. Darüber dürfte unter den Beteiligten auch eine Meinungsverschiedenheit kaum mehr bestehen. Dagegen werden sich über den Umfang der Erstattungspflicht im Einzelfall doch noch genügend Differenzen ergeben.

II. In Krankenkassensachen ergibt sich aus §§ 1669, 1670 RVO. eine doppelte Zahlungspflicht der Krankenkasse. Da sie nach § 59 die Barauslagen des Verfahrens zu tragen hat, so fallen ihr die Kosten der Zeugen und Sachverständigen und diejenigen Kosten des Versicherten zur Last, die letzterer infolge einer persönlichen Ladung vor dem Spruchausschuß aufgewendet hat oder die ihm mit Rücksicht darauf zugebilligt worden sind, daß der Spruchausschuß sein Erscheinen für erforderlich hielt. Letztere Kosten halte ich im Gegensatz zu Stier-Somlo (Handausgabe der RVO. Anm. 2 zu § 1670) und mit Laß für gerichtliche Kosten. Diese Kosten hat also die Krankenkasse ganz unabhängig davon zu tragen, ob sie obsiegt. Verliert sie aber den Prozeß, auch nur teilweise, so kann das Versicherungsamt im Urteil der Kasse außerdem die Kosten der Gegenpartei festsetzen und auferlegen. Diese bestehen in den Kosten des nicht für erforderlich erachteten persönlichen Erscheinens, insbesondere bei mehrmaligen Terminen, den Vertretungskosten[2]), den Kosten eines etwa beigebrachten ärztlichen Gutachtens u. a. m.

Das Versicherungsamt steht den Krankenkassen als Spruchbehörde ähnlich gegenüber wie die ehemaligen Schiedsgerichte für Arbeiterversicherung den Versicherungsanstalten, jedoch mit dem sehr erheblichen Unterschiede, daß das Versicherungsamt nicht die unerquickliche Zwitterstellung der Schiedsgerichte einnimmt, weil die sachlichen Kosten des Amts, die sog. Gerichtshaltungskosten vom Staate (der Gemeinde) getragen werden.

Während es hiernach wohl als die Regel erscheinen wird, daß in Krankenkassensachen die Kasse die gerichtlichen Kosten des Verfahrens nach § 1669 trägt, und im Falle des Obsiegens des Versicherten auch dessen außergerichtliche Kosten ihr auferlegt werden können, so wird der umgekehrte Fall der Auferlegung außergerichtlicher oder gar gerichtlicher Kosten dem Versicherten gegenüber zu den größten Seltenheiten gehören. Daß es zulässig ist, einem Versicherten, der mit seinem Anspruch völlig abgewiesen worden ist, außergerichtliche Kosten aufzuerlegen, ergibt sich natürlich aus § 1670. Schwer zu beantworten ist aber die Frage, was im Einzelfall als ersetzbare Kosten der Kasse zu gelten hat. Regelmäßig wird man nur die Kosten der Vertretung der Kasse in dem betreffenden Spruchtermin auferlegen können, soweit diese auf die Einzelsache entfallen. Da Sitz des Amts und Sitz der Kasse sehr oft zusammenfallen, so lassen sich in Streitsachen solcher Kassen Kosten überhaupt nicht auferlegen[3]). Gerichtliche Kosten können einem Versicherten nur auf Grund des § 1802 auferlegt werden. Es bedarf also des Nachweises, daß der Versicherte diese Kosten durch Mutwillen, Verschleppung oder Irreführung veranlaßt hat. Es ist wohl zu beachten, daß ihm nur diejenigen Kosten auferlegt werden dürfen, die infolge seines mutwilligen usw. Verhaltens entstanden sind. Entstehen dadurch keine besonderen Kosten, so dürfen ihm nicht etwa andere in dem Verfahren entstandenen gerichtlichen Kosten auferlegt werden. Zu den „Beteiligten" im Sinne des § 1802 gehören u. a. auch Rechtskonsulenten[4]). Der Nachweis der Irreführung oder des Mutwillens ist jedoch kaum zu erbringen. Denn die Angaben des Versicherten schwanken oft auch ohne jede böse Absicht, nur weil er nicht

[2]) § 1662 RVO. Dabei sei auf die Besonderheit hingewiesen, daß nach § 1622 Vertreter in der mündlichen Verhandlung über Invalidensachen zu hören sind, da § 1662 dort ausdrücklich erwähnt ist, während in Unfallsachen vor dem Versicherungsamt nur Beistände, keinesfalls aber Arbeitersekretäre pp. zugelassen werden dürfen (§ 1604).

[3]) § 1803 gilt nur für die zweite Instanz.

[4]) Die im Text vertretene Auffassung, daß auch andere als die Parteien zur Tragung von Kosten auf Grund des § 1802 verurteilt werden könnten, ist nicht unbestritten.

Digitized by Google

klar darüber ist, worauf es ankommt. Dem Vertreter des Versicherten insbesondere wird man kaum einen Vorwurf machen können, wenn er die erste Angabe des Versicherten in der Klageschrift aufnahm, und der Nachweis, daß jene irreführenden Angaben von dem Vertreter ausgingen, wird nur in Ausnahmefällen zu erbringen sein. Von ihm hängt aber die Auferlegung der Kosten nach § 1802 ab. Den Versicherten selbst steht das berechtigte Interesse der Verfolgung des eigenen Rechtsanspruchs m. E. auch dann zur Seite, wenn wirklich unrichtige Angaben gemacht werden, so daß die Absicht der Irreführung pp. schwer zu erweisen ist. Und gelingt das doch einmal, so scheitert alles weitere an seiner Vermögenslosigkeit.

III. In Unfallsachen[5]) kommt ebenso wie in Invalidensachen nur eine begutachtende Tätigkeit der Versicherungsämter in Betracht. Auferlegung von außergerichtlichen Kosten in Analogie des § 1670 fällt daher weg. Dagegen bleibt die Verpflichtung des Versicherungsträgers zur Tragung der Kosten des Verfahrens nach § 59 bestehen. Hier tritt leicht ein Widerstreit der Pflichten ein: denn wenn auf der einen Seite die Beschränkung des Versicherungsamts auf bloße Begutachtung dazu führen muß, der aufklärenden Tätigkeit des Amts eine gewisse Reserve aufzuerlegen, so wird andererseits die Stellung des Amts als Vermittler und das Erfordernis, die Gutachten zu begründen, tunlichst erschöpfende Aufklärung verlangen.

In Unfallsachen sind vom Gesetz zwei verschiedene Arten des Einspruchs geschaffen, deren Einlegung erst das Versicherungsamt in Tätigkeit setzt. Da in jeder der beiden Arten die Aufgabe des Versicherungsamts eine verschiedene ist, so wird auch die aufklärende Tätigkeit bei beiden verschieden gehandhabt werden müssen.

Der einfache Einspruch, wenn diese Bezeichnung erlaubt ist, findet statt bei vorläufigen Renten und bei der erstmaligen Festsetzung von Dauerrenten. Eine gutachtliche Aeußerung des Versicherungsamts ist in diesem Falle nicht vorgeschrieben, sondern nur gestattet (§ 1598 RVO.). Ermittlungen, zu denen übrigens ärztliche Gutachten m. E. nicht zu rechnen sind, werden deshalb vom Vers. Amt regelmäßig nur dann angestellt werden dürfen, wenn es die Absicht hat, von der Befugnis, ein Gutachten abzugeben, Gebrauch zu machen. Letzteres kann sehr wichtig werden in allen Fällen, in denen es fraglich ist, ob überhaupt ein Betriebsunfall vorliegt. Indessen werden derartige Ermittlungen, sobald sie umfangreich sein würden, zweckmäßig dem Versicherungsträger nur vorzuschlagen sein, der im Wege der Rechtshilfe das Versicherungsamt um Vornahme der Ermittlungen ersuchen kann und dann unzweifelhaft zur Tragung der Kosten verpflichtet ist. Schwierigkeiten macht in der Praxis am meisten § 1592 und das Verhältnis der §§ 1595 und 1596 zu einander. Auch in der Literatur ist, soviel ich sehen kann, noch keine einheitliche Auffassung durchgedrungen, wie denn überhaupt fast jeder der obigen Sätze Widerspruch finden wird. Es sei daher die eigene Ansicht im folgenden ohne Polemik gegen andere Auffassungen dargelegt.

Nach § 1592 muß dem Verletzten, der Einspruch erhebt, Gelegenheit gegeben werden, sich vernehmen zu lassen. Für sein Erscheinen erhält er keine Vergütung, wenn die Vernehmung vor dem Versicherungsamt erfolgt. Eine Vorladung des Versicherten zum Zwecke der Beweiserhebung etwa im Sinne des § 1652 ist bei dem einfachen Einspruchsverfahren ausgeschlossen. Der Versicherte erhält also hier in keinem Falle eine Reiseentschädigung. Eine Ausnahme kann nur bei Anwendung des § 1598 stattfinden, wenn nach Art der Verletzung die Augenscheineinnahme seitens des Laien genügend erscheint, um über das Bestehen etwaiger Unfallfolgen ein Urteil zu erhalten. Derartige Fälle werden indes nicht eben häufig sein. Erfolgt aber aus diesem Grunde tatsächlich eine Vor-

[5]) Der Aufsatz ist im Januar 1914 geschrieben. Die inzwischen auch in der Arb.-Vers. zu den hier behandelten Streitfragen erschienenen Abhandlungen konnten nicht mehr berücksichtigt werden.

Digitized by Google

ladung, so wird der Versicherungsträger auch die Reisekosten hierfür zu erstatten haben.

Die selbständige Einforderung ärztlicher Gutachten im einfachen Einspruchsverfahren durch das Versicherungsamt muß geschehen, wenn der Verletzte im voraus die Kosten erlegt. Die Einforderung hat in diesem Falle auch dann zu geschehen, wenn sich das Versicherungsamt von der Einholung des neuen Gutachtens keine Klärung der Sachlage verspricht (§ 1596 Abs. 1 RVO.). Erzielt der Verletzte mit diesem Gutachten einen auch nur teilweisen Erfolg, so ist vom Versicherungsamt, wenn es vom Versicherungsträger nicht inzwischen geschehen ist, der angemessene Betrag des Gutachtens zu ersetzen und vom Versicherungsträger zu erstatten (§ 1596 Abs. 2). Das setzt allerdings voraus, daß dem Versicherungsamt Abschrift der erteilten Endbescheide zugeht. Geschieht das nicht, so wird Beschwerde des Versicherten gemäß § 1792 zulässig sein. Daneben ist die Anfechtung des Bescheides der B. G. durch Berufung zugleich auch wegen des Ersatzes der Kosten für das Gutachten möglich. Eine Berufung, die nur den Ersatz jener Kosten bezweckt, halte ich nicht für zulässig.

Wird vom Verletzten der Kostenbetrag für das Gutachten nicht im voraus gezahlt, so kann das Versicherungsamt im einfachen Einspruchsverfahren nur dann selbständig ein Gutachten einholen, wenn gleichzeitig drei Voraussetzungen vorliegen: 1. daß der Versicherungsträger nicht schon selbst den „behandelnden" Arzt gehört hat. Da dies im allgemeinen stets geschieht, wenn nicht nur die Frage, ob ein Betriebsunfall vorliegt, zur Erörterung steht, und in diesem Falle auch das Versicherungsamt ein Arztgutachten indeß einholen darf, so wird das Versicherungsamt in der Regel bei erstmaliger Festsetzung einer vorläufigen Rente kein selbständiges Gutachten einzufordern haben. Dagegen wird bei Aenderung der vorläufigen oder erstmaligen Festsetzung der Dauer-Rente die B. G. meist wohl nicht den „behandelnden" Arzt nochmals gehört, sondern sie wird die Nachuntersuchung durch ihren „Vertrauensarzt" veranlaßt und danach den Bescheid erteilt haben. In diesem Fall darf das Versicherungsamt die weitere Begutachtung nur 2. auf besonderen Antrag des Verletzten vornehmen, wobei es m. E. nicht erforderlich ist, daß der Antrag bei der Vernehmung nochmals gestellt wird, wenn er bereits im Einspruch gestellt war. Dem genauen Wortlaut des Gesetzes nach (§ 1595 Abs. 1) ist freilich nur ein „bei der Vernehmung" gestellter Antrag beachtlich, es würde mir jedoch gegen den Grundgedanken der ganzen Einrichtung, die doch zum Nutzen des Versicherten geschaffen ist, verstoßend erscheinen, wollte man das formelle Moment gerade hier in den Vordergrund stellen. Auch wenn der Verletzte im Termine zur Vernehmung — aus „triftigen Gründen" freilich — nicht erscheint, halte ich trotz § 1593 Abs. 2 die Einholung eines Gutachtens für zulässig, zumal wenn das Ausbleiben mit dem Gesundheitszustande begründet wird. Allerdings muß noch die 3. Voraussetzung erfüllt, nämlich das Versicherungsamt der Ansicht sein, das Gutachten werde für die Entscheidung von Bedeutung sein. In dieser Beziehung tritt das pflichtmäßige Ermessen des Versicherungsamts in sein Recht. Wesentlich ist dabei vor allem, daß die Versicherungsämter ihre Aufgabe in der Vermittlung zwischen den Ansprüchen des Verletzten und den Versicherungsträgern zu erblicken haben.

Erheblich wichtiger als die Tätigkeit des Versicherungsamts im „einfachen" ist die im „qualifizierten" Einspruchsverfahren, in dem es sich um die Aenderung einer bereits einmal festgestellten Dauerrente handelt. Die Vernehmung des Versicherten muß in diesem Fall vor dem Versicherungsamt erfolgen. (§ 1601). Die beim einfachen Einspruchsverfahren mögliche Wahl zwischen dem Versicherungsamt und dem Feststellungsorgan (§ 1592) fällt fort. Natürlich ist aber diese Vernehmung an sich noch kein Grund zur Erstattung der Reisekosten an den Verletzten. Der Vorsitzende des Versicherungsamts hat aber in diesem Falle das Recht, vor der münd-

Digitized by Google

lichen Verhandlung, die nach § 1603 zwingendes Erfordernis ist, Ermittlungen anzustellen. Soweit sich diese mit der mündlichen Verhandlung nicht verbinden lassen (§ 1604 Abs. 1), sind sie in Analogie des § 1652 zu erheben. Die Kosten dieser Ermittlungen, also auch unter Umständen die der persönlichen Ladung des Verletzten, sind unbedingt Verfahrenskosten und von dem Versicherungsträger zu erstatten. Wenn also die Vernehmung z. B. mit einer Beweisaufnahme in der mündlichen Verhandlung verbunden und der Verletzte hierzu vorgeladen wird, so sind ihm auf Verlangen Reiseentschädigungen pp. zu gewähren, die sicher vom Versicherungsträger zu erstatten sind. Wird in diesem Termine die Sache zur Einholung eines ärztlichen Gutachtens oder zu sonstigen weiteren Beweiserhebungen vertagt und erscheint der Verletzte in dem neuen Termine nochmals, so kann auch in diesem Falle sein Erscheinen für erforderlich erachtet werden, ja der Vorsitzende kann den Verletzten ohne weiteres persönlich vorladen, denn ein Gutachten kann nur von dem Kollegium abgegeben werden, das die gesamten Unterlagen für sein Gutachten vorliegen hat. Dazu gehört unter Umständen das Erscheinen des Verletzten selbst, und wenn auf Grund dieses Erscheinens in einem früheren Termine die weitere Beweiserhebung beschlossen wurde, so gehört m. E. das persönliche Erscheinen vor dem Kollegium, das das endgültige Gutachten abgeben soll, zu den Beweismitteln, die die Beurteilung der vorliegenden Gutachten ermöglichen sollen. Auch in solchen Fällen hat der Versicherungsträger unzweifelhaft die Kosten zu erstatten. Ich möchte weiter annehmen, daß der Versicherungsträger und die Beschwerdeinstanz in eine Nachprüfung, ob das Erscheinen des Verletzten erforderlich und die Erstattungspflicht begründet ist, gar nicht mehr eintreten können, sobald das Kollegium das Erscheinen für erforderlich erachtet hat.

Die Kosten ärztlicher Gutachten werden im qualifizierten Einspruchsverfahren im allgemeinen mindestens in gleichem Umfange zu erstatten sein wie im „einfachen". Vor allem gilt auch hier die Vorschrift des § 1596. Da es sich aber im qualifizierten Einspruchsverfahren stets um die Aenderung einer Dauerrente, d. h. um die Feststellung des Grades etwa noch vorhandener Unfallfolgen handelt, reine Rechtsfragen also völlig ausscheiden, so gewinnt das ärztliche Gutachten in diesem Verfahren erhöhte Bedeutung. Es wird in diesen Fällen, wenn nicht Rentenerhöhungsanträge gestellt sind, meist der „behandelnde" Arzt nicht, sondern der Vertrauensarzt der B. G. gehört sein und viel häufiger als bei einfachen Einsprüchen wird das Versicherungsamt vor die Frage gestellt, ob weitere Begutachtung erfolgen soll. Bei der Vorbereitung der mündlichen Verhandlung wird eine Heranziehung eines ärztlichen Gutachtens nur dann in Frage kommen, wenn die drei Voraussetzungen des § 1595 erfüllt sind. Dagegen wird es zulässig sein, daß das Kollegium auf Grund der mündlichen Verhandlung die Einholung eines ärztlichen Gutachtens — nicht auch einer Krankenhausbeobachtung — beschließt, dessen Kosten vom Versicherungsträger unzweifelhaft zu erstatten sind, und zwar auch ohne einen besonderen dahingehenden Antrag des Verletzten. Dabei wird die Kostenerstattung von dem Versicherungsträger nicht davon abhängig sein, ob das eingeholte Gutachten seine Stellungnahme zu der Rentensache wirklich beeinflußt hat; ein Beschluß des Reichsversicherungsamts (vom 4. Juli 1913 Arb. Vers. 1913 S. 797) hat diesen Umstand mit Recht als unerheblich bezeichnet.

IV. In Invalidensachen ist die Stellung des Versicherungsamts, obwohl auch hier nur begutachtende Tätigkeit gefordert wird, wesentlich mehr dem in Kassenspruchsachen angenähert. § 1617 sagt ausdrücklich, daß § 1652 entsprechend anwendbar sei, und § 1619 sagt dasselbe noch hinsichtlich des § 1655. Die ausgiebige Vorbereitung der mündlichen Verhandlung, insbesondere die vorherige Einholung ärztlicher Gutachten, die im Einspruchsverfahren nur bei analoger Anwendung Geltung hat, ist hier ausdrücklich

Digitized by Google

vorgeschrieben. Dadurch wird jede persönliche Vorladung des Rentenbewerbers erstattungsfähig. Eine Besonderheit im Invalidenverfahren ist, daß ein ärztliches Gutachten, das der Versicherte beantragt, nicht eingeholt werden *muß* (vgl. § 1596 Abs. 1), wenn der Versicherte die Kosten trägt, sondern die Einholung in das Ermessen des Versicherungsamts gestellt ist (§ 1617 Abs. 3). Außerdem gilt der für das Unfallverfahren wie wir sahen, so wichtige Absatz 1 des § 1595 im Invalidenverfahren *nicht*. Die Aufklärung des Sachverhalts muß im Invalidenverfahren namentlich bei Zweifel über die Versicherungspflicht in erheblich weiterem Umfange erfolgen (§ 83 der Verordnung über den Geschäftsgang pp. der V. Aemter vom 24. 12. 1911), als im Unfallverfahren nach § 1598 RVO. Besonderheiten sonstiger Art in Bezug auf Kostenfragen bietet das Invalidenverfahren nicht. Erwähnt sei jedoch, daß die Rev. Entsch. Ziff. 1752 des RVA. (A. N. 1913 S. 675) die Unterlassung der Einholung eines Gutachtens durch das Versicherungsamt als wesentlichen Mangel des Verfahrens bezeichnet hat, der die Zurückverweisung der Sache in die erste Instanz rechtfertigte.

V. *Allen drei Versicherungszweigen* gemeinsam ist schließlich die Frage, was als Gerichtshaltungs-, als gerichtliche und als außergerichtliche Kosten zu bezeichnen ist. Soviel ich sehe, sind als Gerichtshaltungskosten durchweg die Kosten für Besoldung der Beamten, deren etwaige Reisekosten, für Bureauräume, Heizung, Beleuchtung, Schreibmaterial (auch Formulare) angesehen worden, dagegen bestehen Meinungsverschiedenheiten darüber, ob die Portoauslagen Gerichtshaltungskosten sind. Wären sie dies, so fiele die Erstattungspflicht bei den Versicherungsämtern, auch den gemeindlichen, fort, da nach § 59 nur Barauslagen des Verfahrens erstattungsfähig sind. Es handelt sich aber bei den in Frage kommenden Portokosten schon deshalb um Kosten des Verfahrens, weil sie lediglich infolge des Verfahrens entstehen. Denn natürlich dürfen Portoauslagen nur soweit liquidiert werden, als sie eben durch das einzelne in Frage kommende Verfahren entstehen; die dadurch bedingte genaue Buchung steht freilich wohl nur selten im rechten Verhältnis zu dem Wert des Erstattungsanspruchs. Indessen werden bei größeren gemeindlichen Versicherungsämtern sich auch nur durch das Porto immerhin ganz ansehnliche Summen ergeben können. Fraglich ist dagegen nicht nur der Vorteil, sondern sogar die Berechtigung zur Liquidierung von Portoauslagen bei den staatlichen Versicherungsämtern, die durch den Aversionierungsvermerk Portofreiheit genießen. Man kann sehr wohl die Ansicht vertreten, daß ein Erstattungsanspruch in diesem Falle ausgeschlossen sei. Dennoch wäre die Ansicht m. E. unrichtig. Denn der Aversionierungsvermerk bedingt keine Portofreiheit an sich, sondern der die Verfahrenskosten verauslagende Staat hat mit der Post einen Portopauschbetrag vereinbart. Tatsächlich zahlt also der Staat Porto ebenso wie die Gemeinde und damit ist seine Berechtigung, die Erstattung der Portoauslagen in derselben Weise wie die Gemeinde zu verlangen, erwiesen. Anders läge die Sache allerdings, wenn der Staat wirkliche *Portofreiheit* besäße. Dann würden Auslagen in der Tat nicht entstehen und ein Erstattungsanspruch, der *begrifflich* eine Vorausleistung bedingt, unbegründet sein. Daß die Portokosten nicht zu den sog. „außergerichtlichen", d. h. Parteikosten gehören, dürfte unbestritten sein. Im übrigen ist aber die Grenze zwischen den „gerichtlichen" d. h. Verfahrenskosten und den außergerichtlichen nicht überall sicher festgelegt. Oben ist bereits auf die Auffassung hingewiesen, daß die Kosten des Erscheinens des Versicherten vor dem Versicherungsamt in Spruchsachen aus dem Krankenversicherungsrecht zu den außergerichtlichen Kosten gehörten. Meine Ansicht, daß diese Kosten nur dann außergerichtliche Kosten sind, wenn das Erscheinen weder vorher angeordnet noch von der Spruchbehörde nachträglich für erforderlich erachtet wird, sei nachstehend kurz begründet. Die persönliche Ladung einer Partei vor Gericht ist schon im Zivilprozeß fast immer eine Beweishandlung. Wie viel mehr

Digitized by Google

in der sozialen Versicherung, wo der Versicherte durch seinen Körperzustand selbst Beweisgegenstand sein kann. Aber auch wenn nicht die körperliche Inaugenscheinnahme beabsichtigt ist, wird die persönliche Ladung zur Klärung der Rechtsfragen insofern beitragen können, als die Angaben des Versicherten den noch erforderlichen Beweiserhebungen die Richtung geben können. Das ergibt sich auch daraus, daß die persönliche Ladung mit dem Hinweis zu geschehen pflegt, bei unentschuldigtem Ausbleiben könne daraus ein ungünstiger Schluß gezogen werden. Gelten diese Bemerkungen für die persönliche Ladung zum Termin, so gelten sie in demselben Umfange auch für die nachträgliche Erklärung der Spruchbehörde, das Erscheinen sei erforderlich gewesen. Sehr mit Recht verlangt das Reichsversicherungsamt für die Erstattungsfähigkeit solcher Kosten, daß die Spruchbehörde entweder protokollarisch festlegt, daß das Erscheinen des Versicherten erforderlich war, oder doch mindestens die Auszahlung des Kostenbetrages noch während oder im unmittelbaren Anschluß an die Sitzung. Eine spätere Anforderung von Reisekosten darf nur dann Erfolg haben, wenn das Protokoll den Vermerk enthält, daß das Erscheinen erforderlich war. Andernfalls kann nur im Falle des Obsiegens Erstattung der Kosten in Frage kommen, die aber im Urteil auszusprechen ist, da es sich um außergerichtliche Kosten handelt.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Ob der letzte Fristtag ein allgemeiner Feiertag ist (§ 127 RVO.) bestimmt sich nach der Stelle, bei welcher das Rechtsmittel tatsächlich eingelegt ist (§ 129 Abs. 2 RVO.).

Rek.-Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** v. 21. November 1913.

Der 21. März 1913, an dem die Ausschlußfrist von einem Monat nach Zustellung der Entscheidung des Oberversicherungsamts endigte, war Karfreitag. Dieser gilt für Landshut, den Sitz des Oberversicherungsamts, bei dem die Rekursschrift erst am 22. März 1913 eingegangen ist, nicht als staatlich anerkannter allgemeiner Feiertag. Es konnten daher die auf das Gewerbe-Unfallversicherungsgesetz sinngemäße Anwendung findenden Bestimmungen des § 222 Abs. 2 der Zivilprozeßordnung, wonach in den Fällen, in denen das Ende einer Rechtsmittelfrist auf einen Sonntag oder allgemeinen Feiertag fällt, die Frist erst mit Ablauf des nächstfolgenden Werktages endigt, im vorliegenden Falle nicht Platz greifen. Die Frist für die Einreichung der Rekursschrift beim Oberversicherungsamt Landshut lief also bereits am 21. März 1913 ab.

Unerheblich ist es, ob in Berlin, am Sitze des Reichsversicherungsamts, das über den Rekurs zu entscheiden hat, der Karfreitag als allgemeiner Feiertag gilt. Wenn in der Rekursentscheidung 1452 (Amtl. Nachr. des RVA. 1895 S. 248) ausgeführt ist, daß maßgebend seien die geltenden Bestimmungen desjenigen Orts, wo die Behörde, die für den Rekurs zuständig ist, ihren Sitz hat, so traf diese Ausführung für die Rechtslage nach dem Unfallversicherungsgesetz vom 6. Juli 1884 und des landwirtschaftlichen Unfallversicherungsgesetzes vom 5. Mai 1886, unter dessen Herrschaft jene Entscheidung ergangen ist, zwar zu. Denn damals mußte ein Rekurs, um gültig zu sein, innerhalb der Rechtsmittelfrist bei der Behörde eingehen, die zur Entscheidung über den Rekurs zuständig war. Nach § 80 Abs. 3 Satz 2 und § 76 Abs. 3 GUVG. (zu vgl. § 129 RVO.) kann der Rekurs aber wirksam auch bei einer anderen inländischen Behörde oder bei einem Genossenschaftsorgan eingelegt werden. Wird nun der Rekurs bei einer solchen Stelle eingelegt, so ist die Rechtzeitigkeit der Einlegung nach den Bestimmungen des Orts zu prüfen, wo sich die Behörde oder das Genossenschaftsorgan befindet. Denn der § 222 Abs. 2 der Zivilprozeßordnung will verhüten, daß ein Nachteil dadurch entsteht, daß an dem an sich letzten Tage der Frist wegen des Ruhens des Geschäftsbetriebs infolge des Feiertags das Rechtsmittel bei der Behörde nicht eingehen kann. Dafür, ob letzteres der Fall ist, können nur die Verhältnisse am Orte der Einlegung des Rechtsmittels maßgebend sein; es wäre

Digitized by Google

sinnwidrig, ein Rechtsmittel, das am Orte seiner Einlegung am letzten Tage der regelmäßigen Frist rechtzeitig eingehen konnte, aber nicht eingegangen ist, deshalb nicht als verspätet anzusehen, weil dieser letzte Tag der Rechtsmittelfrist an dem Sitze des für die Entscheidung zuständigen Gerichts, wo das Rechtsmittel zwar auch hätte eingelegt werden können, tatsächlich aber nicht eingelegt worden ist, als allgemeiner Feiertag gilt.

B. Zur Krankenversicherung.

Weigerung des Vorstandes, die ihm obliegenden Geschäfte — im allgemeinen — auszuführen. Uebernahme durch die Aufsichtsbehörde.

Urteil des **Preuß. Oberverwaltungsgerichts,** 3. Senats, v. 5. Februar 1914

Der Magistrat zu K. erließ am 30. März 1912 in seiner Eigenschaft als Aufsichtsbehörde der Ortskrankenkasse an deren Vorstand die nachstehende Verfügung:

„Da der Kassenvorstand die Erfüllung seiner gesetzlichen und statutenmäßigen Obliegenheiten verweigert hat, so entheben wir ihn in unserer Eigenschaft als Aufsichtsbehörde über die Krankenkasse für die Stadt K. vom heutigen Tage ab seines Amtes auf Grund des § 45 Abs. 5 des Krankenkassenversicherungsgesetzes in der Fassung der Novelle vom 10. April 1892. Gleichzeitig fordern wir den Vorstand auf, uns sämtliche Akten, Schriftstücke, das Protokollbuch und sonstige Gegenstände, die der genannten Krankenkasse gehören, binnen 24 Stunden zuzustellen. Die Befugnisse und Obliegenheiten des Kassenvorstandes werden wir nunmehr selbst wahrnehmen. Derselbe hat daher fernerhin die ihm gesetzlich und statutenmäßig übertragenen Obliegenheiten nicht mehr auszuüben.

Die Voraussetzungen des § 45 Abs. 5 des KVG. liegen vor, weil der Kassenvorstand die Verfügungen des Königlichen Herrn Regierungspräsidenten vom 4. September 1911 und vom 23. Januar 1912 über die Anstellung des praktischen Arztes Dr. A. als Kassenarzt nicht ausgeführt, auch die Bestimmungen des mit dem letzteren von der höheren Aufsichtsbehörde abgeschlossenen Vertrages vom $\frac{\text{17. November 1911}}{\text{23. Januar 1912}}$ nicht erfüllt hat, indem er für die Auszahlung der festgesetzten Vergütungen Dr. A. nicht Sorge trug. Infolge einer Beschwerde desselben haben wir am 23. März d. J. die ihm zustehende Vergütung für die Behandlung der Kassenmitglieder für die Zeit bis zum 1. Januar 1912 mit 687,50 M. zur Zahlung anweisen müssen. Dieser nach Lage der Sache durchaus gebotenen Anordnung der Aufsichtsbehörde hat der Kassenvorstand mittels Schreibens vom 23. März d. J. ohne rechtlichen Grund widersprochen.

Ferner hat es der Vorstand unterlassen, die mittels Verfügung des Herrn Regierungspräsidenten vom 9. November 1911 festgesetzten erhöhten Beiträge vom 13. November 1911 — wie es ausdrücklich bestimmt war — erheben zu lassen, obgleich die Krankenkasse sich ständig in Zahlungsschwierigkeiten befand und ihren Verpflichtungen nicht nachkommen konnte. Es mußte deshalb der Reservefonds wiederholt in Anspruch genommen werden, um laufende Ausgaben zu bestreiten. Die Anordnung des Herrn Regierungspräsidenten, die festgesetzte Beitragserhöhung sofort gemäß dem § 66 des Statuts bekannt zu machen, wurde gänzlich unbeachtet gelassen. Der Kassenvorstand ist von uns auf die Notwendigkeit der Erhöhung höherer Beiträge schon vorher mehrmals hingewiesen worden. Es war daher seine Pflicht, die vom Herrn Regierungspräsidenten angeordnete Beitragserhöhung ohne Rücksicht auf die Beschlußfassung der Generalversammlung zur Durchführung zu bringen."

Die hiergegen erhobene Klage wies der Bezirksausschuß zurück, auch das vom Vorstand eingelegte Rechtsmittel der Revision ist als unbegründet zurückgewiesen worden. Aus den Gründen:

In der Sache selbst ist der vom Kläger dem § 42 KVG. entnommene Einwand nicht stichhaltig. Der Beklagte hat nicht eine Amtsenthebung der einzelnen Vorstandsmitglieder nach den Absätzen 4 und 5 a. a. O. ausgesprochen. Wenn es auch in der angefochtenen Verfügung heißt, daß der Kassenvorstand seines Amtes „enthoben" werde, so läßt doch der Eingang der gedachten Verfügung, der Zusatz „auf Grund des § 45 Absatz 5 KVG." und der weitere Satz: „Die Befugnisse und Obliegenheiten des Kassenvorstandes werden wir nunmehr selbst wahrnehmen" keinen Zweifel darüber aufkommen, daß der Beklagte in seiner Eigenschaft als Aufsichtsbehörde von dem ihm nach dem § 45 Abs. 5 a. a. O. zustehenden Rechte hat Gebrauch machen, nicht aber den Kassenvorstand seines Amtes hat entheben wollen.

Wird hiervon ausgegangen, so ist in sachlicher Rücksicht die angegriffene Anordnung nach der angezogenen Vorschrift zulässig, „so lange der Vorstand oder die Generalversammlung nicht zustande kommt oder die Organe der Kasse die Erfüllung ihrer gesetzlichen oder statutarischen Obliegenheiten verweigern." Die Entscheidung hängt mithin nach der Lage der Sache davon ab, ob zur Zeit des Erlasses der Verfügung vom 30. März 1912 der Kassenvorstand die Erfüllung seiner gesetzlichen oder statutarischen Obliegenheiten verweigert hat. Wenn der Vorderrichter dies bejaht und demgemäß die Klage abgewiesen hat, so fällt ihm dabei weder ein Rechtsirrtum noch ein wesentlicher Verfahrensmangel zur Last.

Die Anstellung des Dr. A. als Kassenarzt und die Vertragsabschließung mit diesem beruht auf Anordnungen, die der Regierungspräsident auf Grund des § 56 a KVG. getroffen hat und die nach der ausdrücklichen Vorschrift im Abs. 3 daselbst

Digitized by Google

endgültig sind. Bei diesen Anordnungen handelt es sich um die Ausübung einer freien, der Nachprüfung des Verwaltungsrichters nicht unterliegenden Befugnis der höheren Verwaltungsbehörde, für die Organe der Kasse wird durch sie eine diesen gesetzlich obliegende Verpflichtung begründet (s. Entsch. des OVG. V. 48 S. 349 und das den Parteien bekannte Urteil des Senats vom 3. Februar 1908 — III. C. 198/07). Die tatsächlichen und rechtlichen Voraussetzungen für die Anwendung des § 45 Abs. 5 a. a. O. lagen mithin vor, wenn der Kläger zur Zeit des Erlasses der Verfügung vom 30. März 1912 diejenigen Verpflichtungen, die sich für die Kasse aus dem mit Dr. A. abgeschlossenen Vertrag ergeben, nicht erfüllt hatte und deren Erfüllung verweigerte. Daß dies der Fall gewesen, hat aber der Vorderrichter auf Grund der in der mündlichen Verhandlung vorgelegten Vorgänge ohne Verfahrensmängel festgestellt. Die Ansicht des Klägers, daß seine Weigerung durch die Anweisung der Aufsichtsbehörde zur Auszahlung der dem Dr. A. zustehenden Vergütung beseitigt worden sei, trifft nicht zu.

Dem Bezirksausschuß ist ferner darin beizutreten, daß das Verhalten des Klägers gegenüber der Verfügung des Königlichen Regierungspräsidenten zu Posen vom 9. November 1911 der Aufsichtsbehörde ebenfalls das Recht verlieh, die Befugnisse und Obliegenheiten des Vorstandes selbst wahrzunehmen. Durch diese Verfügung hat der Regierungspräsident auf Grund des § 33 Abs. 4 RVG. die vorläufige Erhöhung der Beiträge von 4 auf 4,7% des durchschnittlichen Tagelohns, und zwar vom 13. November 1911 ab, angeordnet und den Vorstand beauftragt, den Inhalt der Verfügung sofort bekannt zu machen und die Verfügung durchzuführen . . .

Zweifellos ist, daß Verfügungen auf Grund des § 33 Abs. 4, sobald sie unanfechtbar geworden sind, was hier zutrifft, ebenso wie die Anordnungen nach § 56a, für die Organe der Kassen gesetzliche Verpflichtungen begründen. Es kann sich auch hier nur darum handeln, ob die tatsächliche Feststellung des Vorderrichters, daß der Kassenvorstand die Verfügung nicht erfüllt und die Erfüllung verweigert hat, in dem Inhalte der Akten eine ausreichende Grundlage findet. Das ist aber zu bejahen. In dem Schreiben vom 27. März 1912 hat sich der Kassenvorstand in dessen Eingange zwar bereit erklärt, die erhöhten Beiträge zu erheben, dabei aber dem Magistrat im vorletzten Absatze des Schreibens anheimgestellt, ob nicht die Zeit vom 9. November 1911 bis 4. März 1912 von der nachträglichen Erhebung der erhöhten Beiträge auszuschließen sei. Es lag also gegenüber der Verfügung vom 9. November 1911, die ihres Zweckes halber eine sofortige Ausführung verlangte, nur eine bedingte Bereiterklärung und damit eine Verweigerung im Sinne des § 45 Abs. 5 RVG. vor.

Zu prüfen bleibt endlich, ob das die fragliche Weigerung enthaltende Verhalten des Kassenvorstandes in zwei Angelegenheiten die Aufsichtsbehörde berechtigte, die gesamten Befugnisse und Obliegenheiten des Vorstandes zu übernehmen. Nach dem Wortlaute des § 45 Abs. 5 ist dies anzunehmen. Hahn behandelt die Frage in der Anm. 5b zum § 45 RVG. Dort heißt es u. a.:

„Die Behörde kann aber auch die gesamten Befugnisse und Obliegenheiten des betreffenden Organs übernehmen, wenn dies Organ entweder nicht vorhanden ist oder die Erfüllung seiner Pflichten im allgemeinen verweigert, was unter Umständen schon aus dem Verhalten in einer einzelnen Angelegenheit gefolgert werden kann."

Diese Folgerung ist in dem vorliegenden Falle nach Lage der Sache berechtigt. Jedenfalls war es weder rechtsirrtümlich noch mit dem klaren Sachverhalt in Widerspruch stehend, wenn der Bezirksausschuß voraussetzte, daß der von der Aufsichtsbehörde beabsichtigte Zweck auf einem anderen Wege als durch die Uebernahme der gesamten Funktionen des Vorstandes sich mit Sicherheit nicht erreichen ließ.

Kosten der ärztlichen Untersuchung der Arbeiter vor Aufnahme in die Betriebskrankenkasse.

Entscheidung des **Bayer. Landesversicherungsamtes** vom 29. November 1913.

Ein Unternehmer hatte die Arbeitsuchenden vor ihrer Einstellung ärztlich untersuchen lassen und letztere von dem Ausfall der Untersuchung abhängig gemacht. Er hatte eine entsprechende Bestimmung in das Statut der Betriebskrankenkasse aufgenommen. Das Bayrische Landesversicherungsamt hat diese Bestimmung für unzulässig erklärt. Gründe:

Die, welche sich zum Eintritt in ein versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis melden, traten mit dieser Meldung allein noch nicht in ein Rechtsverhältnis zu der Betriebskrankenkasse. Diese kann daher über solche Personen keine Bestimmungen treffen. Selbstverständlich kann der Arbeitgeber die Personen, die sich bei ihm zur Arbeit gemeldet haben, vor der Einstellung ärztlich untersuchen lassen, aber dann muß er auch die Kosten tragen. Nun wird von den Industriellen geltend gemacht, daß die vor dem Engagement vorgenommene Untersuchung den pekuniären Interessen der Krankenkasse dient, zugleich auch dem allgemeinen Zwecke der Krankheits-Verhütung durch Verringerung der Ansteckungsgefahr. Dieser von den Industriellen betonte Zweck ist aber in vorliegendem Falle offenbar nur nebensächlicher Natur. — Die Untersuchung ist ja nicht nur auf ansteckende Krankheiten beschränkt,

Digitized by Google

sondern der Hauptzweck der beabsichtigten Regelung liegt darin, daß tunlichst alle Arbeiter, die infolge von Krankheit oder Krankheitsveranlagung ein schlechtes Risiko für die Krankenkasse bilden, von vornherein von dem die Mitgliedschaft begründenden Arbeitsverhältnis abgehalten werden sollen. Dies mag für die Krankenkasse vorteilhaft sein, ist aber nicht mit dem Gesetz vereinbar. Denn würde eine derartige Praxis verallgemeinert, so wäre die Folge, das kranke oder zu einer Krankheit neigende Personen in der Erlangung versicherungspflichtiger Beschäftigung aufs äußerste behindert wären. Bestenfalls würden die allgemeinen Krankenkassen, denen die praktische Durchführung einer solchen Bestimmung nicht möglich wäre, mit allen schlechten Risiken belastet. Eine solche Regelung entspricht nicht der dem Gesetz zugrunde liegenden sozialen Absichten.

Hamburger Schauerleute in „festen Gängen" als ständige Arbeiter.

Entscheidung des **Versicherungsamts** (Beschlußausschusses) in **Hamburg** vom 31. Januar 1914.

Eine Reederei- und Kohlenimportfirma beschäftigt mit dem Entlöschen ihrer Kohlendampfer eine größere Zahl von Schauerleuten. Infolge der durch die Witterungsverhältnisse und die Marktlage bedingten Unregelmäßigkeit der Einfuhr können die Leute nicht gleichmäßig täglich beschäftigt werden, zumal die Entlöschung eines Dampfers ohne Unterbrechung zu Ende geführt werden muß. Die Entlöschung eines einzelnen Dampfers beansprucht durchschnittlich bei normalen Verhältnissen 12 Arbeitsstunden ohne Pausen, wobei ein Wechsel der in sogenannte Gänge eingeteilten Arbeiter nicht stattfindet. Je nach der Zahl der einkommenden Schiffe wird die Tätigkeit der einzelnen Leute durch einen oder mehrere Tage, gelegentlich auch länger unterbrochen. Es wird in der Regel nach Akkord und vereinbartem Tarif gearbeitet; der auf den Mann und die Arbeitsstunde entfallende Lohn mag durchschnittlich 1,40 Mk. betragen. Für jedes Schiff werden die sich meldenden Leute in der erforderlichen Zahl ausgewählt und nach Beendigung der Arbeit entlohnt; die für ein Schiff eingestellten Leute sind vertraglich verpflichtet, die Löscharbeiten für das Schiff zu Ende zu führen.

Um den mannigfachen Schwierigkeiten abzuhelfen, die sich für den Betrieb und die Arbeiter aus der Unregelmäßigkeit der Arbeit, der mangelnden Verpflichtung zur Uebernahme der vorliegenden Arbeit und aus dem Wechsel der Arbeiter ergaben, hat die Firma sogenannte „feste Gänge" eingerichtet, in welche die regelmäßig für die Firma tätigen geübten Leute eingereiht werden, und hat für diesen festen Stamm von Arbeitern eine Spar- und Unterstützungskasse gegründet, der alle Mitglieder der festen Gänge beitreten und angehören müssen. Nach dem § 7 der Satzung dieser Kasse sind die Mitglieder „verpflichtet, alle für die Firma S. Gebr. eintreffenden Schiffe zu bearbeiten", und „die Firma ist verpflichtet, alle für sie ankommenden Schiffe durch ihre festen Gänge, deren Mitglieder alle der Kasse angehören müssen, löschen zu lassen, und darf erst andere Arbeiter resp. Gänge beschäftigen, wenn ihren sämtlichen festen Leuten Arbeit zugewiesen ist." Für den Austritt aus der Kasse ist eine vierwöchige Kündigungsfrist vorgesehen, auch verpflichtet sich die Firma zu einer vierwöchigen Kündigung. Zur sofortigen Entlassung aus der Kasse ist nach § 8 ferner die Firma berechtigt wegen unerlaubten Verlassens der Arbeit, wegen unerlaubten Zurückbleibens von der Arbeit, nicht rechtzeitiger Anzeige in Behinderungsfällen usw. Das freiwillige oder erzwungene Ausscheiden aus der Kasse hat stets zur Folge, daß der Arbeiter nicht wieder als fester Mann beschäftigt wird.

Die Zahl der festen Gänge richtet sich in erster Linie nach dem Arbeitsbedarf, die Firma ist aber bestrebt, sie dem durchschnittlichen Beschäftigungsgrad anzupassen, um die festen Leute möglichst ausreichend beschäftigen zu können. Bei Arbeitshäufung stellt sie daher von Fall zu Fall und nach Bedarf Hilfsarbeiter (sog. Bummelgänge) ein. Um die festen Leute gleichmäßig zur Arbeit heranzuziehen, sind Vorkehrungen getroffen, durch die sie bei geringerem Bedarf abwechselnd beschäftigt werden. Durchschnittlich mögen die festen Leute etwa 1600 Arbeitsstunden im Jahr leisten, so daß also auf den einzelnen ein Jahresverdienst von über 2000 M. entfällt.

Da die Firma ihre sämtlichen Schauerleute als unständige Arbeiter ansieht, so hat sie auch ihre „festen Leute" zur Beschaffung von Ausweiskarten bzw. zur Anmeldung in das Unständigenmitgliederverzeichnis der Allgemeinen Ortskrankenkasse anhalten wollen. Diese betrachten sich jedoch als ständige Arbeiter und haben ihren Arbeitskollegen und Kassenvorsitzenden, den Schauermann H., veranlaßt, die Entscheidung des Versicherungsamts über die Streitfrage anzurufen.

In der mündlichen Verhandlung wurde noch festgestellt, daß H. von Juni 1904 bis zum 25. November 1910 und dann wieder vom Jahre 1911 an als fester Mann beschäftigt war bzw. wird, und im Jahre 1913 in 1455 Arbeitsstunden 2005,35 M. bei der Firma verdient hat. Er erklärte glaubhaft und unwidersprochen seinen geringeren Verdienst durch Krankheit.

Das Versicherungsamt nahm ständige Beschäftigung an und wies den H. der besonderen Ortskrankenkasse für kaufmännische Geschäfte zu.

Die Entscheidung hängt davon ab, ob die Beschäftigung des H. als ständige oder unständige im Sinne des § 441 RVO. anzusehen ist. Unter „Beschäftigung" ist versicherungsrechtlich nicht die tatsächliche Arbeitsleistung als solche zu verstehen, sondern das Verhältnis des Arbeitnehmers zum Arbeitgeber, kraft dessen letzterer über die Arbeitskraft des ersteren für sich zu verfügen tatsächlich in der Lage ist (vergl. Rosin, das Recht der Arbeiterversicherung Band 1, Seite 175, Hahn, das Krankenversicherungsgesetz 6. Auflage S. 29 und die dort zitierten Entscheidungen). Offensichtlich bezweckt und erzielt die Firma nun mit der Einrichtung der Unterstützungskasse und mit der eigenartigen Verbindung der Kassenmitgliedschaft mit dem Arbeitsverhältnis eine solche enge Bindung der festen Schauerleute an den Betrieb dergestalt, daß diese

Digitized by Google

rechtlich und tatsächlich ihre Arbeitskraft dem Betriebe dauernd zur Verfügung stellen müssen, obschon vielleicht mit jeder Entlöschung die beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Arbeitsvertrage zivilrechtlich als beendet angesehen werden können. „Unständig" im Sinne des Gesetzes ist nur diejenige „Beschäftigung, die auf weniger als eine Woche entweder nach der Natur der Sache beschränkt ist" bezw. — wie die RVO. jetzt bestimmt — „zu sein pflegt oder im voraus durch den Arbeitsvertrag beschränkt ist". Auch hier ist unter „Beschäftigung" das Beschäftigungsverhältnis im obigen Sinne der tatsächlichen Verfügungsmacht zu verstehen. Nur wenn dieses Verhältnis nach Lage der Sache oder nach dem Arbeitsvertrage voraussichtlich weniger als eine Woche dauert, liegt eine unständige Beschäftigung vor. Hier liegt die Sache aber so, daß die festen Leute auf Grund ihrer Kassenmitgliedschaft und der daraus sich ergebenden Pflichten sowie nach der von der Firma getroffenen Regelung der Arbeitsverteilung für länger als eine Woche, nämlich auf unbestimmte Dauer, solange das in der Regel nur in vierwöchigen Fristen beiderseits lösbare Kassenmitgliederverhältnis dauert, der Firma ihre Arbeitskraft jederzeit zur Verfügung stellen müssen.

Allerdings kann der Begriff des ständigen Beschäftigungsverhältnisses nicht soweit gefaßt werden, daß Umfang und Zeit der tatsächlich geleisteten Arbeit ohne Bedeutung ist. Die Verfügungsmacht des Arbeitgebers über die Arbeitskraft des Arbeiters muß notwendig darin in Erscheinung treten, daß auch tatsächlich die Arbeitskraft in erheblichem und solchem Umfange ausgenutzt wird, daß dem Arbeitgeber die regelmäßige Entrichtung von Beiträgen möglich und die Beitragsleistung im angemessenen Verhältnis zum Werte der geleisteten Arbeit, d. h. zum Entgelt steht. Dafür müssen längere Unterbrechungen der tatsächlichen Arbeitsleistung oder Arbeitsleistungen, die zwar regelmäßig mit kürzeren Unterbrechungen wiederkehren aber im einzelnen ganz nebensächlicher oder geringfügiger Art sind, das Beschäftigungsverhältnis als unständig erscheinen lassen, wenn sie nicht etwa als „vorübergehende Dienstleistungen" überhaupt versicherungsfrei sind. Kürzere Unterbrechungen der tatsächlichen im einzelnen und insgesamt umfangreichen Arbeitsleistungen für ein und denselben Arbeitgeber können aber die Eigenschaft des Beschäftigungsverhältnisses als eines ständigen nicht aufheben, wenn in der Zwischenzeit der Arbeiter nach ausdrücklich erklärter oder aus den Umständen zu schließender Willensübereinstimmung zur Verfügung des Arbeitgebers bleibt (vergl. Hahn a. a. O. Seite 29, 40, 41 und die dort zitierten Entscheidungen). Ist anzunehmen, daß die Arbeitsverbindung während der Unterbrechungen und darüber hinaus fortdauern soll, so liegt ein ständiges oder dauerndes und in sich einheitliches Beschäftigungsverhältnis vor. Das ist auch hier anzunehmen. Denn die täglichen Arbeitsleistungen dauern außerordentlich lange, bei normalen Arbeitsverhältnissen 12 Arbeitsstunden, häufig aber noch länger bis zu 20 Arbeitsstunden. Eine tägliche regelmäßige Arbeitsleistung in diesem Umfange wäre den Arbeitern überhaupt unmöglich. Mehr als vier Entlöschungen in der Woche könnten sie regelmäßig gar nicht leisten. Dieser unregelmäßigen und anstrengenden Arbeit entspricht auch ihr Lohn, der so bemessen ist, daß er auch für die notwendige Ruhezeit und die durch die Natur des Betriebes bedingten Feierzeiten ausreicht. Die Arbeitsdauer, die durchschnittlich 1600 Arbeitsstunden im Jahr ohne Pausen beträgt, und der dafür gezahlte Lohn von mehr als 2000 M. im Jahr zeigen klar, daß die Arbeitskraft der festen Leute im Betriebe der Firma in solchem Umfange beansprucht wird, daß sie, wenn nicht ganz, so doch zum größeren Teile der Firma zur Verfügung steht. Auch gelegentliche längere als ein- bis zweitägige Unterbrechungen der Arbeitsleistung infolge Krankheit der Leute oder ungenügendem Arbeitsbedarf können unter diesen Verhältnissen nicht von Bedeutung sein. Daß bei solcher Lohnhöhe und Beschäftigungsdauer die regelmäßige Entrichtung der Beiträge und der rechtzeitige Abzug der Beitragsteile für die Arbeiter der Firma wirtschaftlich und versicherungstechnisch möglich ist, steht außer Frage, zumal auch die Firma ihre festen Leute bis zum 1. Januar 1914 bei der Ortskrankenkasse für kaufmännische Geschäfte anstandslos als Pflichtmitglieder versichert hat.

Die Aenderung des Gesetzes, durch die an die Stelle der Worte in § 1 des Krankenversicherungsgesetzes „beschränkt ist" in § 441 RVO. die Worte: „beschränkt zu sein pflegt" getreten sind, ist für diese Entscheidung ohne jede Bedeutung, da der Begriff der „Beschäftigung" als solcher dadurch nicht berührt ist und nach der besonderen Lage des Falles es hier gar nicht darauf ankommt, ob die einzelne Arbeitsleistung in der Regel auf weniger als eine Woche beschränkt ist oder gelegentlich länger als eine Woche dauert. Trotzdem die einzelne Arbeitsleistung stets weniger als einen —

Digitized by Google

allerdings 12 Arbeitsstunden und mehr enthaltenden — Arbeitstag beträgt, ist dennoch das Beschäftigungsverhältnis nicht auf weniger als eine Woche beschränkt.

Zum Begriff der Krankheit.

Urteil des **Preuß. Oberverwaltungsgerichts**, 3. Senats, v. 17. November 1913

Die Dienstmagd Luise O. stand vom Januar bis zum 20. Juli 1911 bei dem Gastwirte R. in Beschäftigung und soll dadurch nach der Ansicht des klagenden Armenverbandes Mitglied der beklagten Kasse geworden sein. Am 20. Juli 1911 trat sie bei dem Schlosser S. als Dienstmädchen ein und verblieb in dieser Stellung bis zu ihrer am 1. August 1911 wegen einer Knocheneiterung des Ohres erfolgten Aufnahme in die Klinik des Dr. J. Da sie mittellos war, hat der Kläger die Kosten der Pflege und ärztlichen Behandlung für die Zeit vom 13. Oktober bis zu der am 30. Oktober 1911 erfolgten Entlassung aus der Klinik sowie die Kosten der nachher bis zum 27. Januar 1912 noch erforderlich gewordenen ärztlichen Behandlung aus öffentlichen Armenmitteln bestritten. Mittels der vorliegenden Klage verlangte er von der Beklagten die Erstattung seiner Aufwendungen, indem er geltend machte, daß die Krankheit schon am 20. Juli 1911 bestanden habe. Die beklagte Kasse beantragte Abweisung der Klage. Nach ihrer Behauptung ist die Beschäftigung der O. in dem Wirtschaftsbetriebe des R. eine so geringfügige gewesen, daß durch sie eine Versicherungspflicht nicht habe begründet werden können. Aber selbst wenn dies anzunehmen, so würde doch die etwaige Kassenmitgliedschaft mit dem am 20. Juli 1911 stattgefundenen Austritt aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ihr Ende erreicht haben.

Der Bezirksausschuß zu Minden wies die Klage ab. Gegen diese Entscheidung hat der Kläger Revision eingelegt. Das Rechtsmittel wurde begründet erachtet.

Der Bezirksausschuß hat im Anschluß an die Ausführungen von Hahn in dessen Kommentar zum Krankenversicherungsgesetz (siehe daselbst namentlich die Anm. 2a zum § 5) ausgeführt, daß Krankheit im Sinne des Gesetzes ein anormaler Körperzustand sei, der in der Notwendigkeit ärztlicher Behandlung oder der Anwendung von Heilmitteln oder in der Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit wahrnehmbar zutage tritt, und daß deshalb ein Zustand, der im medizinischen Sinne schon als Krankheit zu bezeichnen sein möge, doch als solche im Rechtssinne des Krankenversicherungsgesetzes nicht anzusehen sei, wenn er sich nicht durch die Notwendigkeit einer Kur oder durch Erwerbsunfähigkeit kundgibt. Dem kann nur beigetreten werden und der Vorderrichter ist demnach von durchaus zutreffenden Grundsätzen ausgegangen. Wenn er jedoch festgestellt hat, daß hier die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung oder Erwerbsunfähigkeit erst nach zehntägiger Beschäftigung bei S. am 1. August hervorgetreten sei und aus diesem Grunde die Klage abgewiesen hat, so fällt ihm bei der Anwendung des richtigen Begriffs der Krankheit auf den im vorliegenden Falle gegebenen Tatbestand ein Verstoß gegen den Inhalt der Akten zur Last. Es ergibt sich das aus der gutachtlichen Aeußerung des Dr. J. und aus der Angabe der Luise O. selbst. Nach dem Gutachten des genannten Arztes ist „nach der Art der Erkrankung und nach dem Befunde bei der Operation mit Sicherheit anzunehmen, daß die Krankheit schon am 20. Juli 1911 bestand und ärztlicher Behandlung bedurft hätte." Die Aussage der O. aber lautet:

> „Ich bemerke, daß ich das Ohrenleiden schon lange Zeit habe. Während der Beschäftigung bei R. hatte ich auch schon Schmerzen, jedoch waren diese noch zum Aushalten. Bei S. wurde es jedoch so schlimm, daß die Aufnahme in die Klinik erfolgen mußte. Ich bin erst, nachdem R. sich Herrn Dr. J. gegenüber zur Tragung der Kosten verpflichtet hatte, in die Klinik aufgenommen."

Danach kann es keinem Zweifel unterliegen, daß bei der O. Krankheit in der hier fraglichen Bedeutung schon am 20. Juli 1911 bestanden hat, mithin auch wahrnehmbar zutage getreten ist.

Da der Vorderrichter dies gegen den Inhalt der Akten verneint hat, so unterliegt seine Entscheidung der Aufhebung.

Bei der eintretenden freien Beurteilung handelt es sich zunächst darum, ob die Luise O. bei dem Gastwirte R. in einer versicherungspflichtigen Beschäftigung gestanden hat. Nur wenn dies zutrifft, ist sie Mitglied der beklagten Kasse geworden und die rechtliche Grundlage für den mit der Klage geltend gemachten Anspruch gegeben. Die hiernach für die Entscheidung in erster Linie maßgebende Frage ist aber zu bejahen. Die Beklagte hat in der Gegenerklärung auf die Revisionsschrift zugestanden, daß die Tätigkeit der Luise O. während ihrer Beschäftigung bei R. sich auch auf die Reinigung der Gaststube erstreckt hat. Dieser Umstand verleiht ihr nach der ständigen Rechtsprechung des Senats die Eigenschaft einer Gewerbegehilfin und unterwirft sie der Versicherungspflicht (siehe Hahn a. a. O. Anm. 2b zu § 4 des Krankenversicherungsgesetzes).

Lag somit eine versicherungspflichtige Beschäftigung und infolgedessen die Mitgliedschaft bei der Beklagten vor, so fragt es sich

Digitized by Google

des weiteren, ob die O. schon zur Zeit ihrer Kassenmitgliedschaft krank im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes gewesen ist. Auch das ist, wie aus dem obigen von selbst erhellt, zu bejahen. Die Verpflegte besaß mithin gegen die Beklagte einen Anspruch auf Gewährung der statutenmäßigen Unterstützung. Da dieser Anspruch durch den Eintritt in die nichtversicherungspflichtige Beschäftigung bei dem Schlosser S. nicht erloschen ist, so bestand er auch noch am 13. Oktober 1911 und ist gemäß § 57 KVG. auf den Kläger übergegangen.

C. Zur Unfallversicherung.

Unfälle des täglichen Lebens (Verletzung durch Steinwurf auf einer Betriebsfahrt als Betriebsunfall anerkannt).*)

Rekursentscheidung des **Großen Senats des Reichsversicherungsamts** vom 26. Februar 1914.

Am 6. September 1911, abends zwischen 7½ und 8 Uhr kam der Landwirt F. von K., wo er bei dem Fuhrunternehmer E. einen Wagen zum Abfahren von Holz bestellt hatte, auf dem Heimwege durch seinen Wohnort H. Als er am Hause des Tagelöhners Sch. vorbeiging, erhielt er von diesem einen Steinwurf an den Kopf, der den Verlust des rechten Auges und eine Schädelverletzung zur Folge hatte. Sch. hatte den Verletzten in der Dämmerung für seinen Nachbarn K. gehalten, mit dem er verfeindet war und kurz vorher Streit gehabt hatte. Ihm hatte er den Steinwurf zugedacht. F. war zur Zeit des Unfalls auf Grund des § 4 des Unfallversicherungsgesetzes für Land- und Forstwirtschaft und des § 42 des Statuts der beklagten Berufsgenossenschaft zwangsversicherter Landwirt. Er behauptete, den Unfall auf einem seiner Landwirtschaft dienenden Betriebsgange erlitten zu haben. Das Holz, dessen Abfuhr er bei E. bestellt gehabt habe, sei zu einem wesentlichen Teile für landwirtschaftliche Zwecke bestimmt gewesen, es habe insoweit teils zu Pfählen für die Stachelbeer- und Johannesbeersträucher, teils zur Heizung des Viehfutterkessels verwendet werden sollen. Die Berufsgenossenschaft lehnte die Entschädigungsansprüche mit der Begründung ab, daß ein landwirtschaftlicher Betriebsunfall, selbst wenn das abzufahrende Holz entgegen ihrer Annahme zu einem wesentlichen Teile landwirtschaftlichen Zwecken habe dienen sollen, nicht anerkannt werde, da die Verletzung nicht ursächlich auf den landwirtschaftlichen Betrieb oder auf dessen Einrichtungen zurückzuführen, sondern dem Verletzten auf der öffentlichen Straße zugestoßen sei, sich somit als eine Gefahr des täglichen Lebens darstellte, der jeder ausgesetzt sei.

Auf die Berufung F.'s verurteilte das Oberversicherungsamt die Berufsgenossenschaft zur Tragung der Kosten des Heilverfahrens und Gewährung einer Rente, weil das Holz, das herangefahren werden sollte, überwiegend zum landwirtschaftlichen Betriebe bestimmt gewesen und weil F. als Landwirt von Beruf gegen Zufälle dieser Art versichert gewesen sei.

Gegen dieses Urteil legte die Berufsgenossenschaft Rekurs ein und führte zur Begründung aus, ein landwirtschaftlicher Betriebsunfall sei nicht nachgewiesen. Der Verwendungszweck des Holzes stehe nicht sicher fest und der Verletzte könne eine Entschädigung auch schon deshalb nicht verlangen, weil der Unfall sich auf einer öffentlichen Straße ereignet habe und mit Einrichtungen des Betriebs nicht zusammenhänge.

Der zur Verhandlung und Entscheidung zunächst berufene 5. Rekurssenat war der Ansicht, daß er sich sowohl im Falle der Zurückweisung wie der Stattgabe des Rekurses mit früheren Rekursentscheidungen, in denen zur Frage der Entschädigung sogenannter Unfälle des täglichen Lebens Stellung genommen ist, in Widerspruch setzen würde, und hat deshalb die Verweisung an den Großen Senat beschlossen. Dieser wies den Rekurs der Berufsgenossenschaft mit folgender Begründung zurück:

Der Große Senat hat als festgestellt angesehen, daß F. sich am 6. September 1911, als er den Unfall erlitt, auf einem der Landwirtschaft dienenden Betriebsgange befunden hat. Daher ist nur noch die Frage zu untersuchen, ob die Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaft etwa deshalb zu verneinen ist, weil der Kläger, wie behauptet, einer Gefahr des täglichen Lebens erlegen ist, der jeder ausgesetzt sei, der auf einem öffentlichen Wege geht.

Die reichsgesetzliche Unfallversicherung, die sich nach § 1 des Unfallversicherungsgesetzes vom 6. Juli 1884 auf die Folgen der „bei dem Betriebe sich ereignenden Unfälle" erstreckte, hat die in diesen Worten liegende Kennzeichnung ihres Inhalts in ihrer späteren Entwicklung beibehalten. So sind nach dem Gewerbe-Unfallversicherungsgesetz und dem für den vorliegenden Streitfall maßgebenden Unfallversicherungsgesetze für Land- und Forstwirtschaft vom 30. Juni 1900 die der Unfallversicherung unterstellten Personen „gegen die Folgen der bei dem Betriebe sich ereignenden Unfälle" versichert. Hinsichtlich der Auslegung der — auch von der Reichsversicherungsordnung übernommenen — Wortverbindung „Unfälle beim Betriebe" besteht in Rechtsprechung und Literatur insofern Uebereinstimmung, als unter den Unfällen „beim Betriebe" nicht alle Unfälle verstanden werden, die „während" des Betriebs eintreten. Vielmehr wird ein Betriebsunfall nur dann angenommen, wenn der Verletzte der Gefahr, der er erlegen ist, durch die Betriebsbeschäftigung ausgesetzt war. Als herrschende Ansicht kann auch gelten, daß als „Unfälle", d. h. plötzliche körperschädigende Einwirkungen, während der Betriebsbeschäftigung eintretende Gesundheitsschädigungen nicht angesehen werden können, die lediglich

*) Vergl. Weymann in Arb.-Vers. 1907 S. 445 ff., 469 ff., 498 ff. und Lange in Arb.-Vers. 1913 S. 217 ff., ferner Arb.-Vers. 1913 S. 450 (Berufsgenossenschaftstag).

Digitized by Google

auf körperlicher Veranlagung beruhen. Dahin gehören zum Beispiel Herz- oder Gehirnschläge, Lungenblutungen, Bruchschäden, sofern bei ihnen die Betriebsarbeit eine schädigende Wirkung nicht ausgeübt hat. Da der Versicherte der Gefahr, der er erlegen ist, durch die Betriebsbeschäftigung ausgesetzt gewesen sein muß, so scheiden ferner für die Haftung der Berufsgenossenschaften solche Unfälle aus, die den Versicherten betroffen haben, nachdem er durch betriebswidriges Verhalten die Beziehungen zu dem Betriebe gelöst hatte. Das Gleiche gilt, wenn sich der Unfall bei einer Tätigkeit ereignete, deren Zweckbestimmung auf das rein eigenwirtschaftliche Interesse des Versicherten gerichtet war.

Hinsichtlich der verschiedenen Gruppen der „Unfälle beim Betriebe" ist zu unterscheiden zwischen den Unfällen, die „besonderen", dem Betriebe eigentümlichen Gefahren entspringen, und den sonstigen beim Betriebe sich ereignenden Unfällen. Unter der ersteren Gefahrengruppe werden zusammengefaßt sowohl die Gefahren, die der einzelnen Betriebsgattung ausschließlich oder vornehmlich eigen sind, als auch die, welche in den allgemeinen, auch bei anderen Unternehmungen vorkommenden Betriebseinrichtungen begründet sind. Dieser Gruppe sind anzugliedern die ohne äußere Einwirkung unmittelbar durch die Betriebsverrichtung hervorgerufenen Schädigungen, wie beispielsweise Sturz auf ebenem Boden, Stolpern über eine Türschwelle auf der Betriebsstätte. Daß ein Versicherter, der einen solchen Unfall erleidet, zu entschädigen ist, hat die Rechtsprechung stets anerkannt. Zweifelhaft dagegen blieb die Beurteilung der Unfälle, die ihre Ursache nicht unmittelbar im Betriebe haben, die vielmehr durch ein von außen kommendes selbständiges Ereignis wesentlich mit veranlaßt sind. Diese Fälle hat man vielfach als Unfälle des täglichen Lebens bezeichnet.

Da das Gesetz selbst nicht mit Sicherheit erkennen läßt, ob und in welchem Umfange die Unfallversicherung den Arbeitern auch Deckung gegen die sogenannten „Gefahren des täglichen Lebens" gewähren soll, war zunächst zu prüfen, ob Entstehungs- und Entwicklungsgeschichte der Unfallversicherungsgesetzgebung hierfür Anhaltspunkte bieten. Der erste Entwurf eines Gesetzes betreffend die Unfallversicherung der Arbeiter aus dem Jahre 1881 hatte den Ausdruck „Unfälle bei dem Betriebe" aus § 1 des Reichshaftpflichtgesetzes vom 7. Juni 1871 übernommen Dieses erklärte für die „bei dem Betriebe" einer Eisenbahn entstehenden Körperschädigungen den Betriebsunternehmer für haftbar, sofern nicht als Enstehungsursache höhere Gewalt oder eigenes Verschulden des Verletzten nachgewiesen ist. Nach der Auslegung des § 1 a. a. O. in der Rechsprechung, besonders des Reichsgerichts, verstand man unter „Betrieb" den Inbegriff derjenigen Betriebsäußerungen, die dem Eisenbahngewerbe die ihm eigentümliche Gefährlichkeit verleihen, und unter „Unfällen beim Betriebe" solche Unfälle, die mit derartigen Betriebsäußerungen in ursächlichem Zusammenhange stehen (zu vergl. Eger, Kommentar zum Reichshaftpflichtgesetz, 7. Auflage 1912, Anmerkung 2 zu § 1 des Gesetzes, S. 11). Der Unfallversicherungsgesetzentwurf vom Jahre 1881 stellte sich zunächst in bewußten Gegensatz zum Gesetz vom 7. Juni 1871, indem er die Prüfung der Schuldfrage beim Unfall für den Entschädigungsanspruch des Verletzten völlig ausschaltete. Nach ihm sollte die Versicherung alle beim Betriebe vorkommenden Unfälle umfassen, ohne Unterschied, ob sie in einem Verschulden des Unternehmers oder seiner Beauftragten oder in dem eigenen Verhalten des Verunglückten oder in zufälligen, niemanden zur Last zu legenden Umständen ihren Grund haben (Begründung zum Entwurf, Verhandlungen des Reichstags Band 64 Seite 231). Während ferner das Haftpflichtgesetz die verschärfte Haftpflicht auf die dem Eisenbahnbetrieb eigentümlichen Gefahren beschränkte, nahm der Entwurf von 1881 nach seiner Begründung auf einen weitergehenden Schutz der ihm unterstellten Personenkreise Bedacht. Die damals in Aussicht genommene Verteilung der Lasten der Unfallversicherung auf Arbeiter, Arbeitgeber und Reich wurde unter anderem damit begründet, „daß die Unfallversicherung, um ihren Zwecken zu entsprechen, auch diejenigen zahlreichen Unfälle mitberücksichtigen muß, welche zwar bei der Arbeit eintreten, aber keineswegs durch die eigentümlichen Gefahren der Beschäftigung bedingt sind, vielmehr unabhängig davon in ganz gleicher Weise auch bei anderen nicht industriellen Beschäftigungen vorkommen" (Verhandlungen des Reichstags Bd. 64 S. 233). In der Begründung des Unfallversicherungsgesetzentwurfs von 1884 trat dieser Gedanke nicht mehr hervor. Hier wurde in den Bemerkungen über die Aufbringung der Lasten der künftigen Unfallversicherung ausgeführt: „Wie dem Betriebsunternehmer die an dem Anlage- und Betriebskapital entstehenden Schäden und Verluste zur Last fallen, so soll derselbe auch die Verluste an persönlicher Arbeitskraft, welche durch die seinem Industriezweige eigentümlichen Gefahren veranlaßt werden, tragen und für beide in dem Gesamtertrage des Unternehmens Deckung finden" (Verhandlungen Bd. 77 S. 66). Demgemäß sprach auch bei der zweiten Beratung des Entwurfs im Plenum des Reichstags der damalige Berichterstatter nur von der „solidarischen Haftung der Industrie für Unfälle, die aus ihrer Beschaffenheit hervorgehen" (zu vergl. Verhandlungen Bd. 76 S. 751). Der Abgeordnete Freiherr von Maltzahn-Gültz bezeichnete ohne Widerspruch als das Ziel der Unfallversicherung „eine möglichst auskömmliche Versicherung des verunglückten Arbeiters und zwar in Zukunft möglichst aller Arbeiter beziehungsweise der von

Digitized by Google

ihnen Ernährten, selbstverständlich, soweit sie nach der Natur ihrer Arbeiten Unfällen ausgesetzt sind" (S. 764 a. a. O.). Die von einem Regierungsvertreter während der Kommissionsberatung erbetene authentische Auslegung der Worte „bei dem Betriebe" beschränkte sich auf den allgemeinen Hinweis darauf, daß durch obige Fassung „das Vorhandensein eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen dem Betriebe und dem eingetretenen Unfalle gefordert werde". Hierdurch wurde insbesondere die Auslegung zurückgewiesen, daß die Worte „bei dem Betriebe" gleichbedeutend mit „während des Betriebes" seien, das Wort „bei" also lediglich eine örtliche und zeitliche Verbindung des Unfalls mit dem Betriebe erfordere (Verhandlungen Bd. 78 S. 861).

Bietet somit die Geschichte der Unfallversicherungsgesetzgebung vor 1900 keine ausreichende Grundlage für eine völlig sichere Umgrenzung der Haftung der Berufsgenossenschaften, so gilt dies auch von den Unfallversicherungsgesetzen vom 30. Juni 1900. Weder in der Begründung noch bei den Beratungen des Reichstages erfolgte eine ausdrückliche Stellungnahme zu dieser Frage. Dabei ist aber zu beachten, daß die Gesetzgebung von 1900 den Bereich der Unfallversicherung innerhalb eines bestimmten Rahmens auch auf Unfälle aus zweifellos nicht dem Betrieb eigentümlichen Gefahren erstreckte. Denn in § 3 GUVG., § 2 LUVG. und § 2 Bau-UVG. wurde der Versicherungsschutz auch auf häusliche und andere Dienste erstreckt, zu denen Versicherte neben der Beschäftigung im Betriebe herangezogen werden.

Daß die Unfallversicheruug auch Unfälle des täglichen Lebens ergreifen kann, ist erst von den mit der Handhabung des Gesetzes befaßten Spruchinstanzen, insbesondere dem Reichsversicherungsamt, ausgesprochen worden. Diese Rechtsprechung hat sich erst allmählich entwickelt. Zunächst schlossen sich die Spruchbehörden der Rechtsprechung an, die bei den ordentlichen Gerichten zu § 1 des Reichshaftpflichtgesetzes ausgebildet worden war. Später wurde mehr und mehr eine die besonderen Zwecke der Unfallversicherung berücksichtigende Auffassung maßgebend, bis schließlich die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts bei Anerkennung eines Betriebsunfalles das Erfordernis der Einwirkung einer besonderen, dem Betriebe eigentümlichen Gefahr fallen ließ. Dem hat sich auch das Reichsgericht und zwar sowohl auf dem Gebiete der Unfallversicherung als auch auf dem verwandten Gebiete der Unfallfürsorge für Beamte angeschlossen (zu vergl. Urteile des Reichsgerichts vom 19. März 1908, 25. Oktober 1909 und 26. September 1910, Amtl. Nachr. des RVA. 1908 S. 506; 1909 S. 611; 1911 S. 503).

Bei den Beratungen des Entwurfs der Reichsversicherungsordnung im Reichstage wurde insofern zur Frage der Behandlung der sogenannten „Unfälle des täglichen Lebens" besonders Stellung genommen, als die in neueren Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes niedergelegte Auffassung gebilligt worden ist. So hat in der Reichstagskommission ein Abgeordneter, ohne Widerspruch zu finden, „seine Genugtuung über neuere Entscheidungen des Reichsversicherungsamts ausgesprochen, wonach die reichsgesetzliche Unfallversicherung sich auf alle Gefahren erstreckt, die der Betrieb bietet und wonach hierzu auch die Gefahren des täglichen Lebens gehören, sofern der Versicherte ihnen infolge seiner Betriebstätigkeit ausgesetzt ist" (Komm.-Ber. III S. 28). In dem gleichen Sinne bewegten sich Erklärungen in späteren Reichstagsverhandlungen über den Etat des Reichsversicherungsamts.

Mit Aufstellung des Grundsatzes, daß zur Anerkennung eines Betriebsunfalls eine besondere, dem Betriebe eigentümliche Gefahr nicht zu erfordern ist, erwuchs der Rechtsprechung die Aufgabe, in dem hiernach erweiterten Rahmen Grenzlinien festzustellen, innerhalb deren die sogenannten „Unfälle des täglichen Lebens" als Unfälle beim Betriebe anerkannt werden können. Zunächst lag es nahe, dies in der Weise zu tun, daß, soweit die Unfälle nicht dem dem Betriebe eigentümlichen Gefahrenkreis entspringen, für die Anerkennung des Betriebsunfalles eine durch den Betrieb „erhöhte Gefahr" gefordert werden müsse. Das Vorliegen eines Betriebsunfalls ist denn auch in der Rechtsprechung vielfach aus dem Grunde bejaht worden, weil für den Verletzten an der fraglichen Stelle eine erhöhte Gefahr bestanden hatte. Dem Wirksamwerden der Gefahr sei er deshalb durch den Betrieb in höherem Maße ausgesetzt gewesen als andere, nicht im Betriebe beschäftigte Personen. In dieser erhöhten Gefahr wurde ohne weiteres der ursächliche Zusammenhang zwischen Betrieb und Unfall gefunden. Dieser Rechtsprechung standen andere Entscheidungen des Reichsversicherungsamts aus der gleichen Zeit gegenüber. In diesen ist ein Betriebsunfall nicht deswegen, weil eine durch den Betrieb erhöhte Gefahr vorgelegen hat, sondern aus anderen Gründen anerkannt worden. Hierhin gehören insbesondere Entscheidungen, in denen bei Unfällen des Straßenverkehrs, auf Betriebswegen usw. das Vorliegen eines entschädigungspflichtigen Unfalls deshalb bejaht wurde, weil der Verletzte einer Gefahr erlegen war, „die ein solcher Weg seiner Natur nach mit sich brachte", „die durch die Betriebstätigkeit für ihn geschaffen war" usw. (zu vergl. Rekursentsch. 906 vom 28. April 1890, Amtl. Nachr. 1890 S. 596). Dahin gehören auch Entscheidungen über Unfälle aus Witterungeinflüssen, Unwetter u. dergl. In ihnen wurde ausgesprochen, daß die Gefahr der Schädigung mit der Betriebstätigkeit — mit dem durch diese bedingten Aufenthalt im Freien — verknüpft war, ohne daß hierbei

Digitized by Google

entscheidendes Gewicht darauf gelegt wurde, ob andere Personen, die an demselben Tage sich ins Freie begaben, in gleicher Weise gefährdet waren (zu vergl. Rekursentsch. 1444 vom 26. März 1895, Amtl. Nachr. 1895 S. 238).

Gegenüber diesem Entwicklungsgange in der Rechtsprechung und den Zweifeln, zu denen sie hinsichtlich der Frage des Erfordernisses einer durch den Betrieb erhöhten Gefahr Anlaß gab, hat der Große Senat grundsätzlich angenommen, daß der Begriff des Betriebsunfalls nicht voraussetzt, daß der Versicherte der Gefahr, der er erlegen ist, durch die Betriebstätigkeit in erhöhtem Maße ausgesetzt war.

Wie das Erfordernis einer durch den Betrieb erhöhten Gefahr hat der Große Senat auch die Auffassung abgelehnt, daß das rein zufällige Zusammentreffen der Betriebstätigkeit mit dem schädigenden Ereignisse für die Annahme eines Betriebsunfalles genüge. Daß diese Ansicht nicht zutreffen kann, beweisen insbesondere die Fälle allgemein wirkender Gefahren, wie Epidemien, Erdbeben, Ueberschwemmungen, Gefahren, denen der Betroffene vermutlich auch erlegen sein würde, wenn er sich zu der fraglichen Zeit nicht im Betriebe befunden hätte. Dies zeigen ferner die Fälle vorsätzlicher Verletzungen, die durch Dritte aus rein persönlichen, gegen den Verletzten gerichteten Beweggründen erfolgen. Bei beiden Gruppen von Unfällen ist ein Betriebsunfall, obwohl das schädigende Ereignis örtlich und zeitlich mit der Betriebsbeschäftigung zusammenfällt, nicht anzuerkennen. Denn der Verletzte war hier der Gefahr, die für ihn wirksam wurde, nicht durch die Betriebsbeschäftigung ausgesetzt.

Es trifft nicht zu, daß das Reichsversicherungsamt in einzelnen Entscheidungen, insbesondere in der Rekursentscheidung 2305 (Amtl. Nachr. 1909 S. 443) die Ansicht vertreten habe, daß das rein zufällige Zusammentreffen eines schädigenden Ereignisses mit der Betriebsbeschäftigung zur Annahme eines Betriebsunfalles genüge. In den Gründen jener Entscheidung ist ausgeführt, daß der Kläger der Gefahr, von einer verirrten Kugel getroffen zu werden, infolge der Tatsache seiner Beschäftigung im Betriebe ausgesetzt gewesen sei, nur die Ausübung der Betriebstätigkeit habe es mit sich gebracht, daß der Verletzte sich im Augenblicke des Unfalls an der gefährdeten Stelle befunden habe: der Unfall stehe also nicht nur im zeitlichen und örtlichen, sondern auch im ursächlichen Zusammenhange mit dem versicherten Betriebe. Aus der Begründung ergibt sich danach gerade, daß nach Ansicht des Senats der bloße zeitliche und örtliche Zusammenhang nicht genügt, vielmehr ein ursächlicher Zusammenhang zu erfordern ist. Wenn dieser darin erblickt wurde, daß der Kläger der Gefahr, der er erlegen ist, infolge der Tatsache seiner Beschäftigung im Betriebe ausgesetzt gewesen sei, so ist allerdings hierbei auf die Art der nach dem Begriffe der Ursächlichkeit erforderlichen Mitwirkung des Betriebs nicht näher eingegangen worden. Dies hat dazu geführt, ohne genügende Beachtung desjenigen Teiles der Begründung, der die Notwendigkeit des ursächlichen Zusammenhanges berührt, aus ihr den Grundsatz zu entnehmen, es genüge in allen Fällen für die Annahme eines Betriebsunfalles, daß sich der Versicherte während des Betriebs zufällig an einer Stelle befunden habe, an der eine Gefahr wirksam wurde. Eine Entscheidung in diesem Sinne, die allerdings von der früheren Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts wesentlich abgewichen sein würde, sollte indessen nach Ansicht des Großen Senats damals nicht getroffen werden. In der dritten Auflage des Handbuches der Unfallversicherung sind auch die Rekursentscheidung 2305 und die ihr verwandte Rekursentscheidung 2324 (Amtl. Nachr. 1909 S. 510) nicht als gegensätzlich zu anderen Entscheidungen der neueren Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts bezeichnet worden. Vielmehr sind den im 1. Bande des Handbuches S. 76 angezogenen Rekursentscheidungen aus den Jahren 1886 bis 1907, nach denen der Versicherte einer Gefahr erlegen sein muß, die durch den Betrieb „geboten", der er also durch seine Betriebstätigkeit ausgesetzt war, im 3. Bande des Handbuchs S. 536, sowie im Ergänzungsbande S. 5, die Rekursentscheidungen 2305 und 2324 als neuere Entscheidungen der gleichen Richtung angereiht worden und zwar unter ausdrücklicher Wiederholung des Hinweises darauf, daß die Gefahr durch den Betrieb „geboten" sein müsse. Als durch den Betrieb „gebotene" Gefahren sind aber auf S. 76 des ersten Bandes des Handbuches ausdrücklich solche bezeichnet, deren Wirksamwerden mit dem Betriebe in ursächlichem Zusammenhang stand.

Wenn auch der Große Senat der Rekursentscheidung 2305 insofern beipflichtet, als darin eine durch den Betrieb erhöhte Gefahr nicht mehr erfordert wird, so ist er doch der Ansicht, daß auf das in der Rekursentscheidung 2585 (Amtl. Nachr. 1912 S. 930) eingehend erörterte Moment der Ursächlichkeit, nämlich der Mitwirkung des Betriebs bei der Entstehung des Unfalls, mehr Nachdruck zu legen ist, als die Gründe jener Entscheidung erkennen lassen. Wie es zur Annahme eines Betriebsunfalles neben einer örtlichen und zeitlichen Verbindung auch des ursächlichen Zusammenhangs zwischen dem Betriebe und dem schädigenden Ereignisse bedarf, so kann auch nur unter Berücksichtigung dieses Erfordernisses der Ursächlichkeit und unter Würdigung der besonderen Lage des Falles die Frage beantwortet werden, ob ein sogenannter „Unfall des täglichen Lebens" als Betriebsunfall anzusehen ist. Nach den in der bisherigen Recht-

Digitized by Google

sprechung des Reichsversicherungsamts maßgebenden Grundsätzen über den Begriff der Ursächlichkeit ist von den Bedingungen, die bei der Entstehung des schädigenden Ereignisses zusammengewirkt haben, nicht jeder Umstand, der irgendwie zum Erfolge beigetragen hat, als rechtlich beachtliche Mitursache anzusehen. Es sind nicht alle Bedingungen des Erfolges, wie es der philosophischen Lehre der Ursächlichkeit entspricht, in ihrer Gesamtheit gleichwertig als Ursache zu behandeln. Vielmehr muß zwischen den Bedingungen des Erfolgs, die im Rechtssinne als Ursache oder Mitursache zu gelten haben. und solchen, die dies nicht sind, unterschieden und die Unterscheidung im Einzelfalle aus der Auffassung des praktischen Lebens abgeleitet werden. Wie in der Rekursentscheidung 2585 zutreffend ausgeführt ist, versteht im Gegensatz zur philosophischen Lehre das Leben unter Ursache nicht alle Bedingungen des Erfolges, einerlei, mit welcher Schwere sie zu ihm beigetragen haben, und in welchem Zusammenhange sie dazu stehen. Als Ursachen und Mitursachen greift es vielmehr unter Abwägung ihres verschiedenen Wertes nur die Bedingungen heraus, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolge zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben.

Aus diesen Erwägungen ist auch bei den sogenannten Unfällen des täglichen Lebens unter Abwägung des verschiedenen Wertes der Bedingungen des Erfolgs zu prüfen, ob eine Verbindung bestand zwischen den durch den Betrieb geschaffenen oder beeinflußten Bedingungen und dem den Abschluß der Ursachenreihe bildenden Ereignis derart, daß letzteres nach vernünftigem Ermessen als Folge jener Umstände anzusprechen ist. Andernfalls war die Verbindung nur eine lose und entfernte und kann als rechtlich beachtliche nicht angesehen werden. Die mit der Betriebsbeschäftigung zusammenhängenden Umstände müssen somit erheblich dazu beigetragen haben, den Versicherten in die Lage zu bringen, in der das schädigende Ereignis wirksam geworden ist. Liegt aber die Voraussetzung vor, so dürften alle Unfälle aus den Gefahren des täglichen Lebens nicht anders als die Unfälle aus sonstigen Gefahren behandelt werden.

Der Große Senat ist hiernach zu folgenden Grundsätzen gelangt:

Ein Betriebsunfall ist gegeben, wenn der Verletzte der Gefahr, der er erlegen ist, durch die Betriebsbeschäftigung ausgesetzt war. Damit scheiden für die Haftung der Berufsgenossenschaften im allgemeinen aus: plötzliche Gesundheitsschädigungen während der Betriebsbeschäftigung, die lediglich auf körperliche Veranlagung beruhen und deshalb regelmäßig nicht als Unfälle gelten können, ferner Unfälle von Versicherten, wenn diese durch ihr Verhalten die Beziehungen zum Betriebe gelöst hatten oder eigenwirtschaftlich tätig waren.

Der Begriff des Betriebsunfalls erfordert nicht, daß die Unfallgefahr eine besondere, dem Betriebe eigentümliche oder daß der Versicherte ihr durch die Betriebsbeschäftigung in erhöhtem Maße ausgesetzt war. Anderseits liegt ein Betriebsunfall nicht schon dann vor, wenn ein schädigendes Ereignis mit der Betriebsbeschäftigung nur zufällig örtlich und zeitlich zusammentraf, wie beispielsweise in der Regel bei Unfällen aus allgemein wirkenden Gefahren (Epidemien, Erdbeben, Ueberschwemmungen) oder bei vorsätzlichen Verletzungen, die durch Dritte aus rein persönlichen, gegen den Verletzten gerichteten Beweggründen erfolgen.

Vielmehr bedarf es zur Annahme eines Betriebsunfalls auch des ursächlichen Zusammenhangs zwischen dem Betriebe und dem schädigenden Ereignisse. Als Ursachen kommen dabei nicht schon lose und entfernt mit dem schädigenden Ereignisse verbundene sondern nur solche Umstände in Betracht, die nach Auffassung des praktischen Lebens „rechtlich beachtlich" sind, das heißt zum Zustandekommen des Unfalls wesentlich beigetragen haben (zu vergl. Rekursentsch. 2585, Amtl. Nachr. 1912 S. 930).

Daraus folgt, daß die den Zwecken des Betriebs dienende Beschäftigung ursächlich im obigen Sinne beim Unfall mitgewirkt haben muß, daß der Versicherte also infolge der Beschäftigung im Betriebe der Gefahr, der er erlegen ist, ausgesetzt wurde. Trifft dies zu, so stellen sich die sogenannten Gefahren des täglichen Lebens als Gefahren des Betriebs dar, und es werden daher die durch sie herbeigeführten Unfälle von der Unfallversicherung ebenso ergriffen wie andere Unfälle beim Betriebe.

Ob hiernach der ursächliche Zusammenhang gegeben ist, muß von Fall zu Fall unter Abwägung des verschiedenen Wertes der Bedingungen des Erfolgs geprüft werden. Vorliegend hatte F. den Weg, auf dem er den Unfall erlitt, überwiegend im Interesse seines landwirtschaftlichen Betriebs unternommen. Auf den Betrieb war es mithin im wesentlichen zurückzuführen, daß der Verletzte am Unfalltage an dem Gehöfte eines Mannes vorüberkam, der einen Angriff gegen eine ihm verfeindete Person plante. Der Betrieb brachte den Kläger in die Gefahr, gerade in der Abenddämmerung mit einer anderen Person verwechselt und dadurch das Opfer des von dem Angreifer geplanten Anschlags zu werden. Der Betrieb hat sonach die Bedingungen geschaffen, die zu dem Eintritt des Ereignisses erheblich beigetragen haben, er hat deshalb ursächlich im Sinne der dargestellten Leitsätze zum Zustandekommen des Unfalls mitgewirkt. Da sich der Unfall somit „bei dem Betriebe" im Sinne des § 1 Absatz 1 LUVG. ereignet hat, ist die Berufsgenossenschaft verpflichtet, den Verletzten für seine Folgen zu entschädigen.

Digitized by Google

Sprechsaal.

Hat der Auftraggeber auch für versicherungsfreie Hausgewerbtreibende Zuschüsse zu zahlen?

Ueber diese Frage erhalten wir von Herrn Großh. Rat Leicht in Weimar, mit Bezug auf seinen Aufsatz in Heft 11 und unsere Anmerkung hierzu auf S. 255, folgende Zuschrift:

„Es sind Bedenken geäußert worden, ob der Bundesrat das Recht habe, die Leistung von Beiträgen für Personen, die der Versicherungspflicht nicht unterliegen, vorzuschreiben. Nun gibt aber Ziff. 9 der Bekanntm. lediglich den Inhalt des § 470 Abs. 1 RVO. wieder, schafft also kein neues Recht. Schon § 471, wonach die Zuschüsse der Auftraggeber einheitlich für alle Gewerbezweige und für das Gebiet des Reichs in der Weise berechnet werden, daß jährlich ihre Gesamtsumme die Hälfte der Gesamtlast deckt, läßt erkennen, daß die Versicherung der Hausgewerbtreibenden als eine einheitliche im ganzen Reichsgebiet gedacht ist. Die Begr. S. 98 stellt außer Zweifel, daß auch die Zuschußpflicht des Auftraggebers bestehen sollte ohne Rücksicht auf das Versicherungsverhältnis des einzelnen Hausgewerbtreibenden. Das Risiko der Hausgewerbtreibenden-Versicherung ist als ein einheitliches, ohne Rücksicht auf die im Einzelfalle zu gewährenden Leistungen und deren Deckung, gedacht.

Nachdem die Begründung die verschiedenen Wege, auf denen die Zuschußpflicht des Arbeitgebers geregelt werden konnten, erörtert und die Unmöglichkeit näher dargelegt hat, etwa nach dem Vorgang der Invalidenversicherung die Beiträge nach dem für Herstellung der Arbeit erforderlichen Zeitraum abzustufen, führt sie wörtlich aus: „Dies führt zu dem Gedanken, ob nicht hier vom Aufrechterhalten jeder unmittelbaren Wechselbeziehung zwischen der Leistung des Auftraggebers und derjenigen des Hausgewerbtreibenden selbst an die Kasse oder zwischen der ersteren und der Höhe der Versicherungsbeiträge überhaupt abzusehen ist. Ferner ist zu erwägen, ob nicht dem Auftraggeber statt der Verpflichtung zu Beitragsanteilen die Pflicht aufzuerlegen ist, Zuschüsse zur Versicherung des Hausgewerbtreibenden zu leisten, die von Höhe und Zahl der Versicherungsbeiträge ganz unabhängig sind. Die damit für die Durchführung dieser Versicherung gewonnenen Vorteile sind offenkundig. Der Auftraggeber braucht sich nicht mehr darum zu kümmern, welche Zeit auf die ihm abgelieferte Arbeit der Hausgewerbtreibende verwendet hat, ob dieser Hilfskräfte benutzt oder nicht und ob und welche hausgewerblichen oder sonstigen Arbeiten er nebenher verrichtet. Mehr noch: Man kann dem Auftraggeber von jeder anderen Beziehung zu den Versicherungsverhältnissen des Hausgewerbtreibenden loslösen, so von dessen Kassenzugehörigkeit usw." — Mir scheint daher die Rechtslage klarzuliegen. Aber auch tatsächlich scheint mir die gewählte Form den Bedürfnissen am meisten zu entsprechen. Allerdings leistet in diesem Falle der Auftraggeber für eine Anzahl Hausgewerbtreibende Zuschüsse, für die ein Gegenwert in den Leistungen der Krankenkasse nicht geboten wird. Der Vorteil, den die Krankenkasse daraus zieht, wird vermutlich aufgewogen dadurch, daß die Kasse auch Personen zu versichern hat, deren Verdienst als Hausgewerbtreibende nur gering ist und deren Beiträge zusammen mit den Zuschüssen des Auftraggebers, die nach einem unter dem Ortslohn bleibenden Satze berechnet werden, deshalb nicht ausreichen, um das Risiko zu decken. Geht man z. B. von einem Ortslohn von 2 M. pro Tag aus, so müßte die Kasse eigentlich von einem Jahresarbeitsverdienst von M. 600 erhalten: je 2% vom Hausgewerbtreibenden und vom Auftraggeber, zusammen also einen Jahresbeitrag von M. 24. Nimmt man weiter an, daß etwa ein Drittel des regelmäßigen Verdienstes als die Grenze angesehen wird, wo die Versicherungspflicht einsetzt, so würde die Kasse für Personen, deren Verdienst die Verpflichtung noch begründet, nur erhalten den Anteil des Gewerbtreibenden, der sich, weil nach dem Ortslohn begründet, gleichbleibt, also 12 M., als Zuschuß des Arbeitgebers nur 2% von etwa 200 M. = 4 M, zusammen einen Jahresbeitrag von 16 M. Daß das Krankengeld in diesem Falle geringer ist, ergibt keinen ausreichenden Ausgleich, da die eigenen Beiträge des Hausgewerbtreibenden zweifellos nicht ausreichen werden, um die Kosten der Krankenpflege und die gerade bei den Hausgewerbtreibenden nicht geringen Verwaltungskosten zu decken. Aber auch das Interesse des Auftraggebers selbst ist bei dieser Regelung schließlich noch am besten gewahrt, weil es ihm gar nicht möglich ist, in jedem einzelnen Falle festzustellen, ob die von ihm direkt oder indirekt beschäftigten Hausgewerbtreibenden krankenversicherungspflichtig sind oder nicht. Es bleibt ihm in den meisten Fällen nnd namentlich dann, wenn der Betriebsitz des Hausgewerbtreibenden von seinem eigenen entfernt ist, unbekannt, wie weit die Versicherungspflicht durch hausgewerbliche Arbeiten für andere Auftraggeber und durch Lohnarbeiten beeinflußt wird. Noch weniger ist er in der Lage, zu prüfen, wie die Verhältnisse der von den Hausgewerbtreibenden Beschäftigten sind. Sollte er tatsächlich die Verhältnisse aller der Personen, die er direkt oder indirekt beschäftigt, fortgesetzt überwachen, so würde das eine so bedeutende Belastung mit Arbeit und Scherereien bedeuten, daß demgegenüber die geringe Ersparnis, die er dadurch erfährt, daß er für einzelne Personen mit ganz geringem Verdienst Zuschüsse nicht leistet, vollkommen verschwindet. Die Unmöglichkeit, den Zuschußanteil für die vom hausgewerblich Beschäftigten nicht Versicherungspflichtigen auszuscheiden, sei nur nebenher erwähnt, ebenso der Umstand, daß die Einreichung der Zuschußlisten unabhängig ist von der Meldung des Hausgewerbtreibenden selbst, wie das schon der Wortlaut des Gesetzes außer Zweifel stellt und daß schon deshalb die Nachweisung und Zahlung der Zuschüsse nicht von einer vorherigen Feststellung, wer von den Beschäftigten versicherungspflichtig ist, abhängig gemacht werden kann." —

Zu diesen Ausführungen haben wir folgendes zu bemerken:

Daß der Bundesrat bei der Bestimmung unter I 9 der Bek. v. 5. Nov. 1913 (hier S. 11) sich in den Grenzen des Gesetzes gehalten hat, ist ganz unsere Meinung, wie sich aus unserer Anmerkung ergibt. Es scheint aber, daß doch die Fassung der Bestimmung den Irrtum veranlaßt hat, der, wie wir bemerkt haben, weit verbreitet ist; denn vorausgeschickt ist unter Ziff. 9, daß der Auftrag-

Digitized by Google

geber die Zuschüsse „für alle" von ihm beschäftigten Hausgewerbtreibenden einzuzahlen habe, ebenso wie unter Ziff. 4 gesagt ist, daß der Auftraggeber eine Liste „aller" Hausgewerbtreibenden einzureichen habe. Diese Fassung weicht in der Tat von der des Gesetzes ab (zu vergl. §§ 470, 473, 477); gleichwohl ist kein Zweifel, daß der Bundesrat nichts anderes gemeint hat, als das Gesetz selbst. Denn wie § 470 RVO, so betont auch Ziff. 9 der Bek. ausdrücklich nur, daß es auf die Kassenangehörigkeit nicht ankommen soll. So steht es auch in der Begründung des Gesetzes: „Der Auftraggeber zahlt für sämtliche von ihm beschäftigten Hausgewerbtreibenden ohne Unterschied ihres Wohnorts und ihrer Kassenzugehörigkeit seine Zuschüsse an die für seinen eigenen Betriebsitz zuständige Landkrankenkasse ein" (S. 100)*). Kassenzugehörigkeit und Versicherungspflicht können aber bei Hausgewerbtreibenden, anders als bei anderen Versicherungspflichtigen, auseinander fallen (zu vgl. §§ 468, 442 Abs. 3 mit § 306). Wenn also bestimmt ist, daß es für die Pflicht der Auftraggeber zur Einzahlung der Zuschüsse auf die Kassenzugehörigkeit der Hausgewerbtreibenden nicht ankommen soll, so folgt daraus keineswegs von selbst, daß es auch auf ihre Versicherungspflicht nicht ankomme. Vielmehr ist schon aus § 466 ersichtlich, daß diese einleitende und grundlegende Vorschrift und damit die ganze besondere Regelung der §§ 466 bis 493 sich nicht auf Hausgewerbtreibende bezieht, die nach § 168 — wegen der vorübergehenden Natur ihrer Beschäftigung — versicherungsfrei sind. Daß hier nur der Fall des § 168 besonders hervorgehoben ist, entspricht der für unständig Beschäftigte gegebenen Bestimmung in § 442, hat aber seinen inneren Grund darin, daß es sich hier überall nur um die Regelung für Versicherungspflichtige handelt. Niemand wird zweifeln, daß die Vorschriften der §§ 442 bis 458 schlechthin nur für versicherungspflichtig Beschäftigte gelten; es liegt nicht das geringste vor, was eine andere Auffassung hinsichtlich der §§ 466 bis 493 rechtfertigte.

Dieser Rechtslage gegenüber können die praktischen Erwägungen, die Leicht ins Feld führt, nicht in Betracht kommen. Es sei nur hervorgehoben, daß es verfehlt ist, von der „geringen Ersparnis" zu reden, die der Auftraggeber dadurch machen würde, „daß er für einzelne Personen mit ganz geringem Verdienst Zuschüsse nicht leistet". Bei großen Betrieben mit umfassender Beschäftigung von Hausgewerbtreibenden könnten sich die geringen „Ersparnisse" zu recht erklecklichen Beträgen summieren. Vor allem aber ist zu beachten, daß, wenn die von uns bestrittene Rechtsauslegung richtig wäre, sie doch keineswegs nur für die wegen geringen Verdienstes nach § 168 RVO. und der Bek. v. 17. Nov. 1913 (hier 1913 S. 848) versicherungsfreien, sondern für alle versicherungsfreien Hausgewerbtreibenden zu gelten hätte, daß also der Auftraggeber kraft Gesetzes Zuschüsse auch für seine ausländischen Hausgewerbtreibenden zahlen müßte. Daß dies nicht die Meinung des Gesetzes ist, ergibt sich zweifelsfrei aus der Vorschrift in § 493 und ihrer Begründung (Hahn S. 657, Hoffmann S. 619) — ein Grund mehr gegen die von Leicht vertretene grundsätzliche Auffassung.

*) Auch die von Leicht angeführte Stelle der Begründung spricht gegen ihn. Dort wird erwogen, ob nicht dem Auftraggeber „statt der Verpflichtung zu Beitragsanteilen... Zuschüsse zur Versicherung der Hausgewerbtreibenden" aufzuerlegen seien. Wo also wegen Versicherungsfreiheit des Hausgewerbtreibenden keine Beiträge zu leisten wären, kommen auch Zuschüsse nicht in Frage.

Gilt § 1542 RVO. (§ 57 Abs. 4 KVG.) auch für Versicherungsberechtigte?

In § 1542 RVO. ist bestimmt: „Soweit die nach diesem Gesetz Versicherten oder ihre Hinterbliebenen nach anderen gesetzlichen Vorschriften Ersatz eines Schadens beanspruchen können, der ihnen durch Krankheit, Unfall, Invalidität oder durch den Tod des Ernährers erwachsen ist, geht der Anspruch auf die Träger der Versicherung insoweit über, als sie den Entschädigungsberechtigten nach diesem Gesetze Leistungen zu gewähren haben." Das ist derselbe, nur verallgemeinerte Grundsatz, der bereits in § 57 KVG. enthalten war.

Soweit ich ersehen konnte, ist bisher die Frage, ob der hier ausgesprochene gesetzliche Rechtsübergang auch dann eintritt, wenn der Versicherte der Kasse freiwillig beigetreten ist, noch nicht höchstgerichtlich entschieden, auch in der Literatur noch nicht beantwortet worden. Das Gesetz macht an der gedachten Stelle in seinem Wortlaut keinen Unterschied zwischen versicherungspflichtig Beschäftigten und Versicherungsberechtigten. Ihre Rechte und Pflichten gegenüber der Kasse sind im alten wie im neuen Gesetz grundsätzlich gleich. Ein Unterschied wird nur insofern gemacht, als die Satzung bestimmen kann, daß der Anspruch Versicherungsberechtigter, die der Kasse freiwillig beigetreten sind, erst nach einer Wartezeit von höchstens sechs Wochen entsteht (§ 207 RVO.), und daß die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter erlischt, wenn sie zweimal nacheinander am Zahltage die Beiträge nicht entrichten und seit dem ersten dieser Tage mindestens vier Wochen vergangen sind, oder wenn der Vorstand der Kasse sie wegen Erhöhung ihres Gesamteinkommens über 4000 M. für ausgeschieden erklärt (§ 314, Abs. 1 und 2 RVO.).

Vor kurzem hat nun das Reichsgericht in einer Entscheidung vom 29. November 1913 (Juristische Wochenschrift 1914, S. 206*) Anlaß gehabt, sich mit der Frage zu beschäftigen, ob auch der Entschädigungsanspruch eines Versicherungs berechtigten gegen einen Dritten auf die Krankenkasse kraft Gesetzes übergehe, und hat diese Frage — offenbar mit Recht — bejaht. Die Entscheidung beruht auf § 57 Abs. 4 KVG., hat aber bei der Gleichheit des Inhalts der Bestimmungen in der RVO. auch für die Zukunft Bedeutung und verdient daher wohl beachtet und eingehend besprochen zu werden, zumal da sie auch vom finanziellen Gesichtspunkte aus für die Kassen nicht unwichtig sein dürfte.

Der zu Grunde liegende Tatbestand war kurz folgender: Der Kläger, versicherungs berechtigtes Mitglied einer Krankenkasse, war beim Vorübergehen an dem Hause des Beklagten durch Herabfallen einer schweren Eisenstange verletzt

*) Anm. der Schriftleitung: Siehe auch „Recht" 1914, Entsch. Nr. 418. Die Entscheidung wird auch in der offiziellen Sammlung erscheinen.

Digitized by Google

worden und machte im Klagewege Entschädigungsansprüche geltend. Unter anderem forderte er die dauernde Zahlung einer Rente. Diese wurde ihm auch zugesprochen und zwar mit der Maßgabe, daß der Anspruch dem Grunde nach insoweit für gerechtfertigt erklärt wurde, als nicht der Anspruch gemäß § 57 Abs. 4 KVG. auf die Krankenkasse übergegangen sei.

Der Versicherte hatte von der Krankenkasse das ihm zukommende Krankengeld erhalten, dessen Anrechnung auf seinen Klageanspruch der Beklagte verlangt und durchgesetzt hat. Das Reichsgericht weist zunächst darauf hin, daß es allerdings im allgemeinen für die Frage, ob der Schadenersatzberechtigte die Bezüge, die er infolge des Unfalls aus dem Versicherungsverhältnis usw. erhält, sich auf den Schadensersatzanspruch anrechnen lassen muß, von Wichtigkeit sein kann, ob das Verhältnis, auf dem das Recht auf Bezüge begründet ist, mehr oder weniger auf Freiwilligkeit beruht. Diese Frage komme aber hier nicht in Betracht, weil es sich nicht um die Pflicht der Anrechnung sondern um die Frage des Rechts übergangs des Anspruchs auf die Krankenkasse handle. Soweit ein solcher Uebergang kraft Gesetzes stattgefunden, fehle dem Verletzten die Berechtigung zur Einklagung des Schadensersatzes, und sei insoweit die Notwendigkeit des Abzugs in gleicher Höhe von seiner Forderung gegeben.

Das Reichsgericht führt nun aus, es würde durch nichts gerechtfertigt sein, den Versicherungsberechtigten, der durch den Beitritt die gleichen Vorteile erlangen soll wie der Versicherungspflichtige, vor diesem darin zu bevorzugen, daß ihm wegen der von der Krankenkasse gewährten Leistungen kein Abzug von der Entschädigungsforderung gemacht werden dürfe. Die Bestimmung des § 57 solle aber auch wesentlich dazu dienen, die Krankenkasse vor dem Schaden zu schützen, der ihr dadurch entstehe, daß sie in Krankheitsfällen, für die ein Dritter aufzukommen habe, zu Unterstützungen genötigt werde, die sie sonst nicht zu leisten brauche. Grade der gesetzliche Rechtsübergang des § 57 verhelfe ihr dazu, sich an den Dritten halten zu können, während sie beim Fehlen solcher Bestimmung leicht in ihrer Leistungsfähigkeit geschwächt und zum Schaden ihrer Mitglieder zur Heraufsetzung der Beiträge gezwungen werden würde. Die Vorschrift des § 57 Abs. 4 diene also wesentlich dem öffentlichen Interesse, und aus diesem Grunde müsse sie in gleicher Weise bei versicherungspflichtigen wie bei nur versicherungsberechtigten Mitgliedern angewendet werden; der die Kasse treffende Schaden würde in beiden Fällen gleich sein.

Das Reichsgericht nimmt zur Stütze für seine Rechtsansicht noch Bezug darauf, daß § 76 KVG. die Anwendbarkeit der Bestimmung des § 57 auch auf die eingeschriebenen Hilfskassen ausdehnt, bei denen ja die Mitgliedschaft überhaupt nur durch freiwilligen Beitritt erworben werde.

Die gedachte Entscheidung des Reichsgerichts verdient unbedingte Zustimmung. In der Tat ist, auch wenn es nirgends ausdrücklich ausgesprochen ist, kein Grund abzusehen, warum die Kassen bei Ansprüchen versicherungsberechtigter Mitglieder schlechter gestellt sein sollten als bei denen der Pflichtmitglieder. In der Praxis wird es freilich den Kassen oft nicht so leicht werden, von den Ansprüchen versicherungsberechtigter Mitglieder gegen Dritte Kenntnis zu erlangen wie bei Pflichtmitgliedern, besonders wenn es sich um die Kosten des Aufenthalts in einem Krankenhaus handelt, dessen Verwaltung von der Kassenmitgliedschaft des Versicherungsberechtigten in der Regel nichts erfahren und daher Ansprüche an die Kasse nicht stellen wird. Es wird Sache der Kassenvorstände sein, im Interesse der Kasse bei Krankheitsfällen auch der versicherungsberechtigten Mitglieder Ermittlungen nach der Ursache der Erkrankung und nach der etwaigen Entschädigungspflicht Dritter anzustellen.

Rechtsanwalt Dr. Herzfeld, Potsdam.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Für einheitliches Angestelltenrecht.

Die Vertreter der großen deutschen Angestelltenverbände waren am 26. April in Berlin, insbesondere zu einer Aussprache über die „Notwendigkeit eines einheitlichen Angestelltenrechts" zusammengetreten. Den Vortrag über diesen Hauptgegenstand der Verhandlungen des Kongresses hielt Rechtsanwalt Dr. Sinzheimer (Frankfurt a. M.). Er wies auf die Mißstände der herrschenden Rechtszersplitterung hin, wonach gleichartige Tatbestände ganz ungleiche, innerlich unbegründete Rechtsfolgen haben, weil bald das Handelsgesetzbuch, die Seemannsordnung, die Gewerbeordnung, bald das Bürgerliche Gesetzbuch anzuwenden sei, wenn es sich z. B. um folgende Punkte handle: Gehaltszahlung bei vorübergehender Arbeitsbehinderung, Zahlungstermine, Kündigung, Dienstzeugnis, Konkurrenzklausel, Gehaltsverwirkung, Vertragsform, Anspruch auf Urlaub, Zahlung für Ueberstunden, Gratifikationen, Provisionen, Vorschüsse und schließlich Form des Rechtsschutzes (ordentlicher Rechtsweg oder Sondergerichtsbarkeit). Durch die gemeinsame Arbeit aus der Angestelltenversichernng habe sich das Gefühl der Zusammengehörigkeit aller Arten von Privatangestellten entwickelt, und man empfinde die Mißstände der Rechtszersplitterung, die Unklarheit, Rechtsunsicherheit und soziale Rückständigkeit, die vielfach herrschen, umso peinlicher, als besonders die österreichische und schweizerische Gesetzgebung uns in der Anpassung des Rechts an die neuen Schutzbedürfnisse der Angestellten weit voraus seien. — Nach einer längeren Erörterung nahm der Kongreß einstimmig folgende Entschließung an:

„Die bestehenden Unterschiede in den Rechtsverhältnissen der verschiedenen Angestelltengruppen sind weder in den wirtschaftlichen Verhältnissen begründet, noch entsprechen sie den Forderungen der Gerechtigkeit. Auch die Zersplitterung des Dienstvertragsrechtes der Angestellten in sechs Reichsgesetze und Dutzenden von Landesgesetzen ist unhaltbar, weil die einzelnen Gruppen der Angestellten nicht scharf untereinander abzugrenzen sind. Sie bilden außerdem, wie die Vorgänge der letzten Jahre mit aller Deutlichkeit gezeigt haben, ein wesentliches Hindernis einer wirksamen Sozialpolitik für alle Angestelltenberufe. Der Kongreß für einheitliches Angestellten-

Digitized by Google

recht erklärt es deshalb für dringend notwendig, daß unbeschadet der Notwendigkeit, die Besonderheiten der einzelnen Angestelltenschichten zu berücksichtigen, ein einheitliches Angestelltenrecht geschaffen wird. Er betont jedoch ausdrücklich, daß ein einheitliches Recht, das sich auf die bloße Ausgleichung der bestehenden Unterschiede und die formale Zusammenfassung der Rechtsvorschriften beschränken würde, den zu stellenden Anforderungen noch keineswegs entspräche; vielmehr kommt es vor allem darauf an, die Rechtsverhältnisse aller Angestelltengruppen einer durchgreifenden Reform in sozialem Sinne zu unterziehen. Dabei ist der Kongreß bewußt, daß angesichts der Uebereinstimmung der Grundfragen des Angestelltenrechts mit denen des Arbeiterrechts das einheitliche Angestelltenrecht nur eine Etappe auf dem Wege zum allgemeinen Arbeitsrecht bilden wird. Der Kongreß fordert die beteiligten Angestelltenverbände auf, die Schaffung eines einheitlichen Angestelltenrechts nach Kräften zu fördern."

Blüten unfreiwilligen Humors

teilt „Tiefbau", Organ der Tiefbau-Berufsgenossenschaft aus der genossenschaftlichen Korrespondenz wie folgt mit:

Vom Wirbelknochen der Hand bis zur Verkrüppelung des Fingers ist eine große Steifheit vorhanden. — In der Unfallversicherungssache des Arbeiters N. N., Unfallverletzten mit tödlichem Ausgange, vertreten durch seine Ehefrau, die Witwe .... — Es sei mitgeteilt, daß wir uns nach beigefügter Straße verzogen haben. — Der Mann war zu defekt. — Betriebsunfähige Quetschung. — Der Fuß wird nicht mehr anders, weil er zu kompliziert gebrochen war. — Also will ich mich mit 40% vergnügen. — Fahrgeld ausgeleckt im Januar. — Mein Trauerschein (statt Trauschein). — Er wurde von der Lokomotive überfahren und einen Augenblick getötet. — Es ist ein durchgeriebener Bursche. — Ich bescheinige, daß der N. N. sich am Leben befindet und in X stabil bewohnbar ist. — Schießgericht. — An die allerhöchste Distanz zu wenden. — Schlittenlauf beider Knöchel des linken Fußes (statt Splitterbruch). — Impfaliden-Karte. — Deutsche Astfahl-Gesellschaft. — Im Betriebe der Firma für Hoch- und Schiesbauten. — Der unterzeichnete Unfallkandidat. — Wiederlichenfalls. — Er wollte die Pferde abhacken. — Unterzeichneter ist am 28. III. 1912 gestorben. — Fellgewebeentzündung der linken Hand. — Ich bin am 19. September verletzt und tödlich verunglückt ins Krankenhaus verbracht worden. — Wenn die Akten vermißtet sind. — Ich bin genötigt, mir zur stärkeren Arbeit einen Tagelöhner zu stehlen. — Ich ersuche um Umsturz-Entscheidung der Tiefbau-Ber. Gen. — Ich sende der Berufsgenossenschaft meine Achten. — Der Unfall tut mir immer noch weh. — Ich habe meine unglückliche Monatsrente noch nicht erhalten. — Ich bitte, meine alten und zerbrechlichen Eltern zu unterstützen. — Andernfalls ich mich an eine höhere Gewalt wenden werde. — Die im Betriebe befindliche Maschine entgleiste, ohne etwas zu ahnen. — Ich nehme an, daß ein heimtückischer Hintergrund liegt. — Ich bitte, mich in eine Königliche Klinik veranlassen zu wollen — Sonst muß ich weitere Schritte machen. — Läuft die Frist von dem Tage der postalischen Türunterschiebung? — Dadurch habe ich mir eine Zerrung tropischer Nervenfasern zugezogen. — Ich beantrage wegen langen erkrankten Beinbruchs eine Unterstützung. — Da er bereits der Armenkasse zum Opfer gefallen ist. — Denn ich muß Euch wegen genug saure Kirschen essen. — Da meine Frau krank ist und keinen bei sich hat, so bin ich doch wohl als Ehemann der Nächste, der ihr zusteht. — Mein Sohn kann nicht immer so arbeiten, da er leidenschaftlich ist. — Ich bitte, diese Rechnung an mir zu vergleichen. — Außerdem habe ich ein Geschwirr im Gesicht. — So möchte ich sie in Erkenntnis setzen, daß ich jetzt meine Rente anspruchsvoll machen werde. — Wegen dramatischer Augenrose-Krankheit. — Wodurch ich nebst beiliegender Marke in Bälde auf Rückantwort hoffe. — Ich habe erst 20 M. erhalten, mit denen ich meine Familie unmöglich durchschlagen kann.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und recht deutlich zu schreiben.

Befreiung der auf Privatdienstvertrag Beschäftigten nach § 169 RVO.

1. Nach Hattingen. Antwort: Wir halten die (von Hoffmann Anm. 6 zu § 169; vgl. auch Hanow Anm. 5 zu § 1234 vertretene) Ansicht, daß § 169 RVO. sich nur auf solche Personen beziehe, die die Beamteneigenschaft haben oder ähnlich einem Beamten eine Sicherstellung durch dienstpragmatische Vorschriften genießen, für unrichtig. Sie ist nicht nur mit dem Wortlaute des Gesetzes unvereinbar, sondern steht auch mit der Begründung im Widerspruch, die auch auf privatrechtliche Beschäftigungsverhältnisse verweist (S. 390 zu § 1220 Entw.). Dem gegenüber kann es nicht in Betracht kommen, daß ein Regierungsvertreter im Reichstage sich allerdings in jenem Sinne geäußert hatte; denn dieser Meinungsäußerung wurde alsbald begründeter Widerspruch entgegengesetzt. Wir verweisen für unsere Ansicht auf Rosin in Arb.-Vers. 1911 S. 630, Düttmann Anm. 2b zu § 1234, Helms in Monatsschrift f. Arb. u. Angest. Vers. 1913 S. 402.

Digitized by Google

Die Versicherungspflicht eines Hausgewerbtreibenden wird durch vorübergehende Krankheit und Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

2. **Nach Guben.** Antwort: Hausgewerbtreibende können nach der RVO. — abgesehen von Art. 29 Einf.-Ges. — nur der Land- oder Allgemeinen Ortskrankenkasse, nicht aber einer Betriebskrankenkasse angehören. Deshalb verlangt die Betriebskrankenkasse mit Recht, daß die Ortskrankenkasse auch die Fürsorge für die bereits kranken Hausgewerbtreibenden übernehmen soll. Ihr Einwand, daß diese nicht arbeitsfähig sind, und ihr Gewerbe zurzeit nicht ausüben, ist unbegründet. Denn in der Krankheit liegt nur eine vorübergehende Behinderung der wirklichen Betätigung des Gewerbes. Die Eigenschaft als Hausgewerbtreibender und folglich die Versicherungspflicht und Kassenzugehörigkeit werden dadurch ebensowenig berührt, wie z. B. durch eine Reise, welche den Hausgewerbtreibenden vorübergehend an der Arbeit behindert. Die Ortskrankenkasse muß diese Personen also eintragen (§ 443) und die Fürsorge für sie übernehmen.

Für Mitglieder einer Ersatzkasse kommt Austritt aus der Ortskrankenkasse mit Schluß des Jahres 1913 nicht in Frage.

3. **Nach Lahr.** Antwort: Die Ersatzkasse ist im Recht. Eines Austritts ihrer Mitglieder aus der Ortskrankenkasse nach § 19 Abs. 5 KVG. bedurfte es nicht, und wenn eine solche Austrittserklärung oder Kündigung rechtzeitig drei Monate vor dem 31. Dezember 1913 erfolgt wäre, so wäre sie vollkommen unwirksam gewesen. Denn vom 1. Januar 1914 ab sind die Mitglieder der Ersatzkassen nicht mehr von der Pflicht, ihrer zuständigen Krankenkasse anzugehören, nach § 75 KVG. befreit, sondern sie können nur das Ruhen ihrer eigenen Rechte und Pflichten als Mitglieder der Krankenkasse beantragen (§ 517). Hinsichtlich der Stellung des Antrages aber muß § 519 RVO. entsprechend auch für diejenigen gelten, die am 1. Januar 1914 nicht erst in die Ortskrankenkasse eintreten, sondern ihr bereits angehört haben (Hahn, Handb. der Kr.-Vers. S. 683 Anm. 2 zu § 519.)

Wegfall der Wählbarkeit infolge Gesellschaftskonkurses.

4. **Nach Witten.** Antwort: Im Konkurse über das Vermögen einer offenen Handelsgesellschaft gilt jeder persönlich haftende Gesellschafter als Gemeinschuldner, auch soweit es sich um Einbuße an staatsbürgerlichen Rechten handelt (Jaeger, Komm. zur Konk.-Ordg. Anm. 68 zu § 1) Diese Einbuße trifft die Persönlichkeit als solche; der Gemeinschuldner verliert nach § 12 Ziff. 3 RVO. die Wählbarkeit schlechthin, und es kann nicht davon die Rede sein, daß er sie in seiner Eigenschaft als Arbeitgeber von Dienstboten behält, weil sein Privatvermögen durch den Gesellschaftskonkurs nicht berührt wird. Kommt ein Zwangsvergleich zustande, so erhält der Gemeinschuldner nach § 192 Konk.-Ordg. das Recht zurück, über die Konkursmasse frei zu verfügen (soweit nicht der Zwangsvergleich etwas anderes bestimmt). Damit erlangt der Arbeitgeber auch seine Wählbarkeit wieder

Beschäftigung im „Dienst" einer Gemeinde zum Zwecke der Ausbildung erfüllt nicht den Lehrlingsbegriff.

5. **Nach Wandsbeck.** Antwort: Die Personen, welche in der städtischen Verwaltung zum Zwecke der Ausbildung für ihren Beruf beschäftigt werden, sind nicht „Lehrlinge" im Sinne des Gesetzes, wenngleich sie im Anfang ihrer Beschäftigung so bezeichnet zu werden pflegen. Denn der Lehrlingsbegriff erfordert auch in dem durch die RVO. erweiterten Sinne jedenfalls die Beschäftigung in einem Betriebe (vgl. Hahn, Handb. der Kr.-Vers. S. 168 Anm. 8 zu § 165 RVO.); die Beschäftigung im Dienst einer Behörde oder öffentlichen Körperschaft erfüllt den Begriff nicht. Daher gilt für jene Personen der § 165 Abs. 2 nicht und sie sind versicherungsfrei, solange sie Entgelt nicht erhalten.

Unterbrechung der Krankenhauspflege bei unheilbarer Krankheit.

6. **Nach Schloß R.** Frage: Ein an Lungentuberkulose erkranktes Mitglied wurde auf Anraten des Kassenarztes einem Krankenhause überwiesen. Sein Vater stellte bei der Versicherungsanstalt den Antrag auf Uebernahme des Heilverfahrens wurde aber abschlägig beschieden. Daraufhin beantragte er bei unserer Kasse, seinen Sohn der Lungenheilstätte in L. zu überweisen. Auf unsere Anfrage, ob die Unterbringung des Mitgliedes in der Heilstätte zum Zwecke einer gänzlichen und schnelleren Heilung erforderlich oder empfehlenswert sei, teilte uns der leitende Arzt des Krankenhauses, in dem sich das Mitglied z. Z. noch befindet, mit, daß das Leiden zu weit fortgeschritten sei, um Heilung durch eine Heilstättenkur erwarten zu lassen. Ist in diesem Falle die Kasse verpflichtet, dem Mitgliede noch weiterhin Krankenhauspflege zu gewähren oder genügt die Gewährung der Krankenhilfe nach § 182 RVO.?

Antwort: Die Kasse ist nie zur Gewährung von Krankenhauspflege verpflichtet. Sie kann daher diese auch im allgemeinen jeder Zeit wieder unterbrechen. Dazu ist sie nur dann nicht berechtigt, wenn das Verlassen der Anstalt den Kranken besonders gefährden würde. Ist das jedoch nicht der Fall, so kann die Kasse wieder die Leistungen aus § 182 RVO. gewähren. Gibt der Arzt also sein Gutachten dahin ab, daß das Leiden sich verschlimmern würde, falls der Kranke die Anstalt verlassen müßte, so hat ihn die Kasse weiter darin zu belassen. (Vgl. Hahn, Handbuch der KrVers., Anm. 3e zu § 184.) Ist auch die Krankheit an sich unheilbar, so schließt das doch nicht aus, daß sie durch Aufhören der Krankenhauspflege noch weiter verschlimmert wird.

Absendung der Quittungskarten durch die Ausgabestelle; Gefahr und Kosten.

7. **Nach Wiesbaden.** Antwort: Nach der Anweisung für die Quittungskartenausgabe (Ziff. 15) hat die Ausgabestelle die abgegebenen Karten sorgfältig aufzubewahren und spätestens vierteljährlich an die Versicherungsanstalt „portofrei als Sendung mit Wertangabe" zu übersenden; bei Uebersendung durch die Bahn genügt es, daß die absendende Stelle „ihr Interesse

Digitized by Google

an der Lieferung" im Frachtbriefe angibt. — Welcher Wert einer Sendung von 1000 Stück mit entwerteten Marken vollgeklebten Quittungskarten beizumessen ist, läßt sich nicht annähernd sagen. Der wirkliche Wert besteht weder im Materialwert noch im Betrage der Marken, noch in den Ansprüchen, die durch die Markenverwendung möglicherweise begründet werden können, sondern in dem Werte der Karten als Beweisurkunden, und dieser Wert entzieht sich jeder Schätzung. Es ist aber bei der Vorschrift der Anweisung offenbar nicht an diesen den Karten bedingt zukommenden Wert gedacht, sondern nur daran, daß die Ausgabestelle die Sendung überhaupt als Wertsendung bzw. mit Deklaration ihres Interesses aufgeben soll, um eine größere Sorgfalt bei der Verwahrung und Ablieferung durch die Post oder die Eisenbahn zu gewährleisten. Die Organe und Hilfspersonen der Krankenkassen als Ausgabestellen haften der Kasse, und diese wiederum haftet der Versicherungsanstalt und den Versicherten für die gehörige Aufbewahrung und Absendung der Karten nach den allgemeinen Grundsätzen (vgl. Rosin, Recht der Arbeiterversicherung Bd. 2 S. 431), also nach §§ 23, 361 RVO.; §§ 31, 89, 278 BGB. Wenn die Kasse den Wert jener Sendung etwa auf 100 M. angibt und bei der Verpackung und Auflieferung die gehörige Sorgfalt beachtet, so kann nach dem Ausgeführten ihre Haftbarkeit im Fall einer Beschädigung oder eines Verlustes vor der Ablieferung der Sendung an die Versicherungsanstalt überhaupt nicht in Frage kommen. Hat sie ihre Sorgfaltspflicht verletzt, so haftet sie für den wirklichen Schaden, selbstverständlich auch über den von ihr deklarierten Wertbetrag hinaus. — Die Kosten der Sendung, auch die durch die Wertsdeklaration verursachten Mehrkosten, hat die Kasse zu tragen, da ihr ausdrücklich die portofreie Sendung zur Pflicht gemacht ist.

Zahlung von Beiträgen für die Zeit nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

8. Nach Erlangen. Antwort: Die Beiträge sind nach § 397 RVO. bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung fortzuzahlen. Für die Woche, innerhalb deren diese erfolgt, muß nach Ihrer Satzung der ganze Wochenbeitrag entrichtet werden, weil sie bestimmt, daß die Beiträge für volle Kalenderwochen erhoben werden. Das gilt auch dann, wenn die Abmeldung noch innerhalb der dreitägigen Frist (§ 317 RVO. stattfindet. (Vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 1 zu § 397.) Das Verfahren der Kasse ist also richtig.

Schweigepflicht hinsichtlich der Abstimmung im Vorstande?

9. Nach X. Antwort: Daraus, daß die Sitzungen der Kassenorgane nach § 11 RVO. nicht öffentlich sind, folgt keine allgemeine Schweigepflicht für die an den Verhandlungen Beteiligten (vgl. Stenogr. Ber. S. 6382), soweit eine solche Pflicht nicht anderweitig begründet ist. Im vorliegenden Fall trifft keines der Schweigegebote aus §§ 141—143 zu. Wenn Vorstandsmitglieder verraten, daß dieses oder jenes Vorstandsmitglied bei einer Abstimmung zuungunsten bestimmter Personen, insbesondere z. B. gegen die Anerkennung eines Anspruchs gestimmt haben, so ist das zweifellos eine schwere Verletzung landesüblicher Anstandspflichten, namentlich dann, wenn es nahe liegt, daß das Bekanntwerden der Abstimmung das Vorstandsmitglied (etwa in seinem Gewerbe) schädigen kann. Wir meinen aber auch, daß solches Verhalten einen Grund abgeben kann zur Amtsenthebung nach § 24. Denn die Folge der Mitwirkung solcher Personen in den Organen kann leicht die sein, daß andere Mitglieder in der Abgabe ihrer Stimmen sich unsachlich beeinflussen lassen oder sich der Abstimmung enthalten oder den Sitzungen überhaupt fernbleiben. Dies aber beeinträchtigt eine ordentliche Geschäftsführung. Deshalb kann durch jenes Verhalten eines Vorstandsmitgliedes „seine Vertrauenswürdigkeit für die Geschäftsführung" im Sinne des § 24 ausgeschlossen erscheinen.

Verjährung rückständiger Beiträge in der Uebergangszeit. — Kosten für einen außerhalb eines Streitverfahrens hinzugezogenen Rechtsbeistand.

10. Nach Gebweiler. Antwort: Nach § 55 KVG. waren Ende 1913 diejenigen Kassenbeiträge verjährt, die aus dem Jahre 1912 stammten; denn die Frist betrug 1 Jahr und begann mit dem 1. Januar 1913. Die Beiträge aus 1913 sind noch nicht verjährt. Auf sie findet aber nach Art. 6 Ein.-G. zur RVO. die zweijährige Frist des § 29 RVO. Anwendung, sie würden also erst mit Ablauf des Jahres 1915 verjährt sein, da die zwei Jahre vom 1. Januar 1914 ab laufen. Somit können rückständige Beiträge nur noch für die Zeit vom 1. Januar 1913 ab gefordert werden. Die Kasse ist also im Unrecht, braucht aber dem Arbeitgeber, solange der Anspruch noch nicht im Streitverfahren anhängig ist, nicht die Kosten für seinen Rechtsbeistand zu erstatten.

Beginn der Befreiung aus § 170 RVO.

11. Nach Striegau. Die Befreiung von der Versicherungspflicht aus § 170 RVO. wird erst wirksam durch die Bestimmung der obersten Verwaltungsbehörde. Diese wird zweckmäßig den Zeitpunkt der Wirksamkeit zu bestimmen haben, aber sie kann ihn nicht beliebig in die Vergangenheit zurückverlegen, andernfalls könnte eine unleidliche Verwirrung entstehen. Das äußerste, was man zugestehen kann, ist, daß die Behörde den Zeitpunkt der Wirksamkeit (ähnlich wie nach § 175) auf den Eingang des Befreiungsantrags zurückbeziehen kann. (So Hahn, Handb. der Kr.-Vers. S. 189 Anm. 3 zu § 170.) Enthält der Beschluß eine Feststellung des Beginnes der Befreiung, so wird diese vom Datum des Beschlusses ab gelten müssen. Daß der Arbeitgeber die Befreiung mit Rückwirkung von einem früheren Tage beantragt hatte, ist ganz gleichgültig.

Einschränkung der allgemeinen Gewährung des Krankengeldes für Sonntage.

12. Nach W. Frage: Unsere Kasse gewährt Krankengeld allgemein auch für Sonntage. Die Aerzte schreiben die Kranken meistens Sonnabends gesund und bezeichnen als ersten Tag der Erwerbsfähigkeit den darauf folgenden Montag. Dadurch haben die Mitglieder immer noch Anspruch auf Krankengeld für den letzten Sonntag, obgleich

Digitized by Google

sie meist auch schon an diesem Tage arbeitsfähig sind. Kann die Satzung bestimmen, daß für diesen letzten Sonntag Krankengeld nicht gewährt wird?

Antwort: Ja! Denn es handelt sich um eine Mehrleistung, welche die Satzung zubilligen kann, aber nicht zubilligen muß (§ 191 Abs. 1 RVO.), und welche sie daher auch mit einer allgemein gültigen Einschränkung zubilligen darf (vgl. Hahn, Handb. der Kr.-Vers. S. 201 Anm. 3a zu § 179 RVO.). Die Bestimmung würde etwa so zu fassen sein: „Ist der letzte Tag der Arbeitsunfähigkeit ein Sonntag, so wird für ihn Krankengeld nur gezahlt, wenn der Versicherte auch Sonntags zu arbeiten hatte."

„Verwaltungsdirektor" und „Verwaltungssekretär" bei Krankenkassen.

13. Nach F. Antwort: Wir halten es für unbedenklich, daß der Krankenkassenvorstand, dem die Anstellung des Hilfspersonals für die Verwaltung obliegt, den leitenden Beamten ermächtigt und anweist, in seiner dienstlichen Betätigung die Bezeichnung „Verwaltungsdirektor" zu führen, und daß in entsprechender Weise die Beamten, die einen engeren Kreis von Geschäften mit verhältnismäßiger Selbständigkeit führen, als „Verwaltungssekretäre" bezeichnet werden. Es handelt sich dabei nicht um Titelverleihung, sondern um eine Amtsbezeichnung, die zur Orientierung des Publikums dient und, je nach Umständen, ganz zweckmäßig sein kann. Wir verweisen auf unsere entsprechenden Bemerkungen über die Bezeichnung „Versicherungsamtmann" in Arb.-Vers. 1912 S. 808 Ziff. 16 und 1912 S. 261. Die (unseres Erachtens nicht zutreffenden) Bedenken, die gegen die letztere Bezeichnung aus rechtsgeschichtlichen Vorgängen hergeleitet werden, treffen bei den Kassenbeamten nicht zu (vgl. Arb.-Vers. 30 S. 705). Es kann auch mit Recht darauf verwiesen werden, daß namentlich die Amtsbezeichnung „Verwaltungsdirektor" für den Geschäftsführer einer Berufsgenossenschaft ganz üblich ist. Die Krankenkassen aber stehen als Selbstverwaltungskörperschaften auf einer Stufe mit den Berufsgenossenschaften. Nur freilich wird die Bezeichnung „Verwaltungsdirektor" nur bei großen Krankenkassen sachgemäß sein.

Inwiefern besteht eine Pflicht der Krankenkasse, Krankenhauspflege zu gewähren?

14. Nach S. Die Vorentscheidung des Vorsitzenden des Versicherungsamts, daß die Ortskrankenkasse den Versicherten, zunächst auf die Dauer von vier Wochen in einer Lungenheilanstalt im Harz unterzubringen, ist unbegründet. Nach wie vor hat gemäß § 184 Abs. 1 RVO. die Kasse unter gewissen Voraussetzungen nur das Recht, Krankenhauspflege an Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes zu gewähren („kann!"); einen im Spruchverfahren geltend zu machenden Anspruch auf Krankenhauspflege hat der Versicherte grundsätzlich nicht. Die Vorschrift, daß die Kasse in bestimmten Fällen „möglichst" Krankenhauspflege gewähren „soll" (nicht „muß"!) bedeutet, daß sie diese Art der Krankenhilfe da, wo sie nach pflichtmäßigem Ermessen dringend geboten erscheint, nicht ohne wichtigen Grund versagen darf, und daß ihr Ermessen einer Nachprüfung der Aufsichtsbehörde unterliegt. Der Beschwerdeinstanz soll die Möglichkeit gegeben sein, eine von der Entschließung der Kasse abweichende Entscheidung zu treffen (vgl. Komm. Ber. zur RVO. II S. 65); es soll aber nicht nur übermäßige Kostenbelastung, sondern auch ein sonstiger triftiger Grund die Ablehnung dieser außerordentlichen Art der Krankenhilfe rechtfertigen (das. S. 66, näheres bei Hahn, Handb. der Kr.-Vers. S. 233, 234).

Unter diesen Gesichtspunkten ist die Vorentscheidung unhaltbar. Nach der Begründung hat der eine Arzt die Ueberweisung an „ein" Lungen-Sanatorium als „dringend erwünscht", der andere die Unterbringung in „eine" Heilanstalt als „erforderlich" bezeichnet. Weder das eine noch das andere genügt zur Annahme einer zwingenden Pflicht der Kasse, wenn ihr triftige Entscheidungsgründe zur Seite stehen; und daß vollends der Vorsitzende des Versicherungsamts die Kasse in der Auswahl des Krankenhauses dadurch beschränkt, daß er sie zur Unterbringung in eine „Lungenheilanstalt im Harz" verurteilt, dafür fehlt es an jeder Begründung. Wenn die Kosten dort 7,50 M. für den Tag betragen würden, so ist die übermäßige Kostenbelastung für die Kasse offenkundig und der erste und wichtigste Ablehnungsgrund für die Kasse unter allen Umständen gegeben. Das dürfte nicht außer acht gelassen werden. Die Erwägung, daß schließlich die Armenverwaltung für den Versicherten einzutreten und daß ihr die Kasse die vollen Kosten zu ersetzen haben würde, ist unrichtig. Der Armenverband würde nur $^3/_8$ und $^1/_2$ des Grundlohns als Ersatz beanspruchen und wegen dieses Anspruchs auf das Krankengeld nur bis zur halben Höhe angreifen können (§ 1533 Ziff. 2, 3 mit §§ 1503, 1506, 1507), während die andere Hälfte des Krankengeldes dem Versicherten zu belassen wäre. Daß die hiernach der Kasse obliegenden Leistungen an den Armenverband und an den Versicherten den vollen Kosten, die der Kasse durch direkte Unterbringung des Versicherten in die Heilanstalt erwachsen würden, gleichkommen würden, bliebe noch zu erweisen. Die Kasse müßte doch, wie übrigens in den Gründen der Entscheidung besonders betont ist, auch die Reisekosten tragen, wenn sie selbst die Krankenhauspflege bewilligt, während dem Armenverband, wenn er die Heilanstaltspflege gewährte, ein Anspruch auf Ersatz der Reisekosten neben jenen erwähnten Pauschbeträgen nicht zustünde. Ueberdies ist zu bezweifeln, daß der Armenverband in S. Pflicht und Neigung haben würde, den Hilfsbedürftigen in einer Heilanstalt im Harz unterzubringen. Es ist — für den Armenverband wie für die Kasse — ganz zutreffend, daß die Pflicht zur Gewährung ärztlicher Behandlung keineswegs, wie das Versicherungsamt meint, jede Leistung einschließt, die zur Heilung erforderlich ist, und daß der Kranke die ihm zustehende „ärztliche Behandlung" in Sonderburg so gut haben könnte, wie im Harz. Was er darüber noch besonders bedarf, ist das günstige Klima. Dieses für ihn zu beschaffen, ist weder die Kasse noch der Armenverband verpflichtet. Sonst käme man in der Tat dazu, daß, je nach Umständen, auch Heilanstaltspflege an der Riviera oder in Aegypten gewährt werden müßte. Das zeigt, wie sehr sich das Versicherungsamt mit seiner Entscheidung auf dem Abwege befindet.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel
Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Dippe; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe; Geh. Regierungsrat Professor Dr. Laß, Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Rat Dr. Olshausen; Geheimrat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1065 der ganzen Folge

31. Jahrgang | 21. Mai 1914 | Heft 15

Ersatzansprüche der Krankenkassen wegen unterlassener Anmeldung versicherungspflichtiger Beschäftigter (KVG. § 50).*)

Vom Wirklichen Geheimen Ober-Regierungsrat Dr. Hoffmann in Berlin

Nach KVG. § 50 haben Arbeitgeber, welche der Anmeldepflicht vorsätzlich oder fahrlässiger Weise nicht genügen, alle Aufwendungen, welche eine Gemeindekrankenversicherung oder eine Krankenkasse auf Grund gesetzlicher oder statutarischer Vorschrift in einem vor der Anmeldung durch die nicht angemeldete Person veranlaßten Unterstützungsfall gemacht hat, zu erstatten. Streitigkeiten über solche Erstattungsansprüche wurden nach KVG. § 58 von der Aufsichtsbehörde entschieden, deren Entscheidungen in Preußen binnen vier Wochen nach der Zustellung mittelst Klage im ordentlichen Rechtswege angefochten werden konnten. Durch die RVO. ist diese Regreßpflicht der Arbeitgeber mit der Begründung abgeschafft, daß es sich bei der langen Dauer der Unterstützungszeit um sehr hohe Beträge handeln könne, die minderbemittelte Arbeitgeber oft unverhältnismäßig hoch belasten. Dabei wirke diese nachteilige Folge durchaus ungleichmäßig, weil sie ganz von dem rein zufälligen Umstande abhänge, ob die nicht angemeldeten Personen erkrankten, ehe die Säumnis nachgeholt sei oder nicht. An die Stelle des Ersatzanspruchs ist, abgesehen von der Erhöhung des Höchstbetrags der Geldstrafe, die das Versicherungsamt gegen Arbeitgeber, die bei Meldungen säumig sind, festsetzen kann, nach RVO. § 530 das Recht der Kassen getreten, dem betreffenden Arbeitgeber, gewissermaßen als Ersatz für ihre tatsächlichen oder doch möglich gewesenen Aufwendungen, das Ein- bis Fünffache der Rückstände aufzuerlegen. Diese Auferlegung der Zahlung der Rückstände ist, wie in entsprechender Anwendung der Rechtsprechung des RVA. zu RVO. § 1488 — vgl. Beschl. vom 15. November 1913 (Amtl. Nachr. 1914 S. 383) — angenommen werden muß, eine Nebenstrafe besonderer Art, die vom Versicherungsamt verhängt wird, nicht notwendig in allen Fällen des Schicksals der Hauptstrafe teilt und nach § 530 Abs. 4 RVO. nur mit der Beschwerde beim Oberversicherungsamt angefochten werden kann.

Die Beseitigung der Ersatzpflicht des bei der Anmeldung säumigen Arbeitgebers hat zur Folge, daß bei unterlassener Anmeldung für die Zeit nach dem 1. Januar 1914 eine Ersatzforderung der Krankenkasse dann nicht eintreten kann, wenn die Verpflichtung zur Anmeldung auf den Vorschriften der RVO. beruht. Da diese Verpflichtung mit dem Beginn der Beschäftigung entsteht, so können aus allen Beschäftigungsverhältnissen, die nach dem 31. Dezember 1913 begonnen sind, grundsätzlich Ersatzansprüche nicht entstehen. Soweit es sich aber um Beschäftigungsverhältnisse handelt, deren Beginn in die Zeit vor dem 1. Januar 1914 fällt, gilt der § 50 a. a. O. noch in vollem Umfange; die Kasse kann für ihre Aufwendungen vollen Ersatz vom Arbeitgeber verlangen, und zwar auch dann, wenn die dreitägige Meldefrist

*) Zu vergl. „Arbeiter-Versorgung" 1914 S. 127, 231, 233 (Anm. d. Schriftl.)

Digitized by Google

bereits in die Zeit nach dem 1. Januar 1914 übergreift. Denn in dem Augenblick, wo die Anmeldung unterlassen wird, entsteht die Ersatzforderung der Krankenkasse in vollem Umfange. An diesen einmal erworbenen Ersatzansprüchen hat die RVO. nichts geändert und nichts ändern wollen. Die Folge davon ist, daß auch jetzt noch von den Krankenkassen Ersatzansprüche wegen unterlassener Anmeldung geltend gemacht werden können, obwohl das KVG., auf dem sie beruhen, nicht mehr gilt und die RVO. solche Ersatzansprüche nicht mehr kennt.

Da also Streitigkeiten über Ersatzansprüche aus KVG. § 50 auch nach dem 1. Januar 1914 vorkommen, so entsteht die Frage, in welchem Verfahren und von welchen Behörden sie zu entscheiden sind. Nach Art. 85 EGzRVO. wird ein Verfahren, welches an dem Tage, an dem die Vorschriften des sechsten Buches der RVO. in Kraft traten, anhängig ist, nach den geltenden Vorschriften erledigt, soweit in den Artikeln 86 bis 99 nichts anderes vorgeschrieben ist. Art. 86 a. a. O. enthält aber für die hier in Frage kommenden Streitigkeiten eine besondere Vorschrift:

„Ist an dem in Artikel 85 bezeichneten Tage ein Verfahren, das nach § 58 (§ 65 Abs. 3 § 72 Abs. 2,4, § 73 Abs. 1) des KVG. zu erledigen ist, bei der Aufsichtsbhörde einer Gemeindekrankenversicherung oder Krankenkasse anhängig, so ist die Sache an das Versicherungsamt abzugeben, wenn darüber noch nicht entschieden ist; für das weitere Verfahren gelten die Vorschriften der RVO."

Die Vorschrift geht offenbar von der Erwägung aus, daß alle nach dem 1. Januar 1914 auf dem Gebiete der Krankenversicherung anhängig gemachten Streitigkeiten nach den Vorschriften der RVO. und von den Behörden der RVO. entschieden werden sollen. Hierbei ist aber übersehen, daß es nach der RVO. Streitigkeiten über Ersatzansprüche der Krankenkassen gegenüber Arbeitgebern, die die Anmeldung versäumt haben, nicht mehr gibt. Da diese Ersatzansprüche, wie schon hervorgehoben, auch nach dem 1. Januar 1914 anhängig werden können, so fehlt es an einer Vorschrift über die Zuständigkeit der Behörden und über das Verfahren nach der RVO. Hiernach können nur die allgemeinen Regeln platzgreifen, die für die Erledigung von Streitigkeiten der bezeichneten Art sonst maßgebend sind. Infolgedessen muß angenommen werden, daß für alle Ersatzstreitigkeiten der fraglichen Art, die nach dem 1. Januar 1914 anhängig werden, die ordentlichen Gerichte zuständig sind; denn es handelt sich um rein privatrechtliche Ansprüche, für die der ordentliche Rechtsweg immer offen gestanden hätte, wenn er nicht durch § 58 RVG. beschränkt gewesen wäre. Diese Beschränkung ist aber mit dem Außerkrafttreten des KVG. am 1. Januar 1914 fortgefallen. Eine vorherige Entscheidung der Aufsichtsbehörde (Versicherungsamt) ist also nicht mehr notwendig, vielmehr ist die Klage unmittelbar bei den ordentlichen Gerichten zu erheben.

Soweit die Ersatzstreitigkeiten am 1. Januar schon bei der Aufsichtsbehörde anhängig aber noch nicht entschieden waren, geht die Entscheidung auf das Versicherungsamt über und zwar auch in den Fällen, wo eine in Liquidation befindliche Gemeindekrankenversicherung klagt. Zuständig für die Entscheidung ist der Vorsitzende des Versicherungsamts; vgl. RVO. § 1781. Gegen die Entscheidung des Versicherungsamts ist gemäß RVO. § 1792 binnen einen Monat (§ 128) die Beschwerde an das Oberversicherungsamt und gegen die Entscheidung des Oberversicherungsamts gemäß RVO. § 1797 in gleicher Frist die Beschwerde an das Reichsversicherungsamt zulässig. Hat die Aufsichtsbehörde bereits entschieden, so geht das Verfahren weiter nach KVG § 58, d. h. die Entscheidung der Aufsichtsbehörde muß zur Vermeidung der Rechtskraft binnen einer Woche durch Klage vor den ordentlichen Gerichten angefochten werden.

Anhängig ist eine Ersatzstreitigkeit aus KVG. § 50 bei der Aufsichtsbehörde in dem Augenblick, wo der Antrag der Krankenkasse auf Erlaß einer Entscheidung bei der Aufsichtsbehörde eingegangen ist. Solange noch zwischen

Digitized by Google

der Krankenkasse und dem Arbeitgeber über die Rechtmäßigkeit oder die Höhe des Ersatzanspruchs hin- und herverhandelt wird, kann von einem Anhängigsein der Streitigkeit nicht die Rede sein. In allen Fällen ist aber noch das alte Recht, auf das der Ersatzanspruch gegründet wird, anzuwenden.

Die Rechtsverhältnisse der mittleren und unteren Beamten der Preußischen Landesversicherungsanstalten.

Von Regierungsassessor Dr. **Weber** in **Hannover-Waldhausen.**

1. Entwicklung und Rechtsquellen. Das Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz vom 22. 6. 1889 enthielt keine Bestimmung über die Rechtsverhältnisse der mittleren und unteren Beamten der Landesversicherungsanstalten. § 47 J. u. AVG. bezog sich nur auf die dem Vorstande angehörenden höheren Beamten. Die Landesversicherungsanstalten waren daher bis zum 1. Januar 1900 in der Anstellung ihrer mittleren und unteren Beamten und Regelung deren Rechte und Pflichten vollständig selbständig. Die Folge davon war, daß Maß und Inhalt der Rechte und Pflichten der mittleren und unteren Beamten bei allen Landesversicherunganstalten verschieden waren. Zwar bestrebten sich diese die Rechtsverhältnisse ihrer Beamten den der Provinzial- oder Staatsbeamten anzupassen. Eine annähernde Gleichartigkeit wurde jedoch nicht erzielt. Hinsichtlich der Probebeschäftigung, der Prüfungen, der Anstellung mit und ohne Kündigungsvorbehalt, des Gehalts, der Disziplinarverhältnisse, der Witwen- und Waisenversorgung waren die mannigfaltigsten Grundsätze obwaltend. Dies hatte zu offenbaren Unbilligkeiten geführt. Bei der Umarbeitung des J. und AVG. erschien deshalb eine einheitliche Regelung der Beamtenverhältnisse der Landesversicherungsanstalten wünschenswert.

Unter den mittleren und unteren Beamten waren zwei Gruppen zu unterscheiden: Einmal die auf Grund besonderer Vereinbarungen in den Dienst der Landesversicherungsanstalten übergetretenen Staats- oder Kommunalbeamten und zum anderen die Privatbeamten der Anstalten, deren Rechte und Pflichten vertraglich festgelegt waren[1]).

Die Beamten der ersten Gruppe hatten ihren bisherigen Amtscharakter behalten, ihre Rechtsverhältnisse wurden durch den Eintritt in den Dienst der Landesversicherungsanstalten nicht beeinflußt. Sie bekamen ihr Gehalt nach den vor ihrem Eintritt geltenden Bestimmungen. Ebenso richtete sich hiernach ihr Anspruch auf Witwen- und Waisenversorgung, auch blieben ihre Disziplinarverhältnisse dieselben. Irgendwelche Unzuträglichkeiten waren daraus nicht entstanden. Hier ändernd einzugreifen lag deshalb für die Gesetzgebung kein Anlaß vor.

Anders jedoch bei der zweiten Gruppe: Die hier herrschende Vielgestaltigkeit ihrer Rechtsverhältnisse und der Umstand, daß die ihr angehörenden Beamten nicht die Eigenschaft mittelbarer Staatsbeamten besaßen, wie dies für Preußen durch eine Entscheidung des Oberverwaltungsgerichtes vom 3. März 1893 (A. N. 1893 S. 83) festgestellt war, obwohl sie Angestellte einer öffentlichen Behörde waren, hatte auch in den Beamten selbst den Wunsch nach einer Neuregelung ihrer Rechtsverhältnisse wachgerufen. Dazu kam, daß ein innerer Grund für eine unterschiedliche Behandlung der beiden Gruppen zweifellos nicht vorlag (vgl. Motive zu § 62 a des Entwurfs des JVG. S. 300). Zur Beseitigung der Mißstände schlug der Entwurf des JVG. vor, daß den in Rede stehenden Beamten,

[1]) Bei der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz in Düsseldorf waren sämtliche Bureau-, Kanzlei- und Unterbeamten bereits seit dem Inkrafttreten des A. u. JVG., d. h. seit 1. Januar 1891, Provinzialbeamte.

Digitized by Google

soweit sie im Hauptamte beschäftigt und nicht Staats- oder Kommunalbeamte seien, nach näherer Bestimmung der Landesregierung die Rechte und Pflichten solcher Beamten sollten eingeräumt werden können. Hierdurch sollte gleichzeitig erreicht werden, daß diese Beamtenkategorien, soweit dies bei ihrer bisherigen Stellung nicht der Fall war, einem ordnungsmäßigen und instanziellen Disziplinarverfahren unterworfen werden dürften.

Nachdem auf Antrag in der Kommission die Fassung des § 62 a JVG. (Entwurf) „können ..... übertragen werden" in „sind ..... zu übertragen" abgeändert war, wurde die Neuregelung der Rechte und Pflichten der Beamten der Landesversicherungsanstalten durch § 98 JVG. unter der Ueberschrift: „Beamtenpersonal", wie folgt, reichsrechtlich bestimmt:

„Den bei der Landesversicherungsanstalt und ihren Organen im Hauptamte beschäftigten Bureau-, Kanzlei- und Unterbeamten sind, soweit sie nicht nach dem für sie geltenden Landesrecht als Staats- oder Kommunalbeamte anzusehen sind, nach näherer Bestimmung der Landesregierung die Rechte und Pflichten von Staats- oder Kommunalbeamten zu übertragen."

Für Preußen erfolgte die nähere Bestimmung durch zwei, an sämtliche Oberpräsidenten gerichteten Erlasse des Ministers für Handel und Gewerbe, die ihrer Wichtigkeit wegen im Wortlaut mitgeteilt werden sollen:

a) Erlaß vom 30. November 1899: „Auf Grund des § 98 des JVG. vom 13. Juli 1899 bestimmen wir, daß den bei der Versicherungsanstalt Hannover und ihren Organen im Hauptamte beschäftigten Bureau-, Kanzlei- und unteren Beamten vom 1. Januar 1900 ab die Rechte und Pflichten der Beamten des Kommunalverbandes der Provinz Hannover zu übertragen sind.

Hiernach sind den genannten Beamten diejenigen Gehälter zu gewähren, die den entsprechenden Beamten der Provinz zustehen. Auch sind sie hinsichtlich des Aufrückens in eine höhere Gehaltsstufe (Alterszulagen), der Gewährung von Wohnungsgeldzuschüssen oder Teuerungszulagen, der Gewährung von Ruhegehalt im Falle der Pensionierung, der Witwen- und Waisenversorgung und der den Beamten sonst zustehenden Gebührnisse (Reisekosten und Tagegelder bei Dienstreisen sowie Umzugskosten bei Versetzungen) den Beamten der Provinz gleichzustellen. Ferner sind für sie dieselben Anstellungsverhältnisse maßgebend, wie sie für die Provinzialbeamten bestehen. (Diätarische Dienstzeit, Ablegung von Prüfungen, Anstellung auf jederzeitigen Widerruf, auf Kündigung, auf Lebenszeit.)

Sie wollen hiernach den Vorstand der Versicherungsanstalt veranlassen, daß er über die nähere Regelung der Verhältnisse der in Rede stehenden Beamten entsprechend dem § 96 der Provinzialordnung ein Reglement ausarbeite und uns durch Ihre Vermittlung zur Genehmigung vorlege.

Die Regelung der Disziplinarverhältnisse der genannten Beamten bleibt vorbehalten.

Bei der Eilbedürftigkeit der Angelegenheit ist die Regelung so zu beschleunigen, daß vor dem 1. Januar kommenden Jahres unsere Genehmigung noch erteilt werden kann.

Soweit die Versicherungsanstalt ausschließlich Beamte der Provinzialverwaltung verwendet, kann von einer Regelung Abstand genommen werden."

b) Erlaß vom 30. November 1900: „Auf den Bericht vom 21. Dez. v. Js. O. P. 12 092. — Die Auffassung, welche der Vorstand der dortigen Versicherungsanstalt in dem an Eure Exzellenz erstatteten Berichte vom 13. Dezember v. Js. (Gen. 11 270) über die der Landes-Zentralbehörde durch § 98 des JVG. gegebenen Befugnisse zum Ausdruck gebracht hat, kann als zutreffend nicht bezeichnet werden. Im Hinblick auf die Auslegung, welche der § 98 gelegentlich der Beratung des Entwurfes eines Gesetzes, betreffend die Abänderung des Unfallversicherungsgesetzes, in der Kommission des Reichstages erfahren hat, kann es keinem begründeten Zweifel unterliegen, daß unsere Anordnung im Erlasse vom 30. November vorigen Jahres (B. 9956 I. M. f. H. — I. A. 9010 M. d. J.) ihre rechtliche Grundlage in dem erwähnten § 98 findet, und daß wir nicht nur zur Verleihung der allgemeinen Rechte und Pflichten der Provinzialbeamten an die Bureau-, Kanzlei- und Unterbeamten der dortigen Versicherungsanstalt, sondern auch zu dem Verlangen berechtigt sind, daß diese Beamten hinsichtlich der Vertretung, der Anstellung, der Besoldung, der Pensionierung und der Reliktenbezüge den entsprechenden Beamten der Provinzialbehörden gleichgestellt werden.

In dem Berichte der Kommission — Reichstags-Session 1898/1900 Drucksache Nr. 703a S. 72 — ist folgendes ausgeführt:

Bei dieser Gelegenheit wurde aus der Mitte der Kommission darauf hingewiesen, daß bei der Ausführung des § 98 des JVG. Schwierigkeiten entstanden seien, indem die Vorstände einzelner Anstalten der Anordnung der Landeszentral-

Digitized by Google

behörde, die Beamten der Anstalten auch hinsichtlich der Gehälter den entsprechenden Provinzialbeamten gleichzustellen, nicht Folge leisten wollten, weil für ein solches Eingreifen in das Selbstverwaltungsrecht der Versicherungsanstalten der erwähnte § 98 des JVG. keine Grundlage darbiete. Demgegenüber sei es wünschenswert, namens der Mitglieder der Kommission, welche seinerzeit auch der mit der Beratung des Invalidenversicherungsgesetzes betrauten Kommission angehört haben — und dies sei die große Mehrzahl der Anwesenden — mit aller Bestimmtheit festzustellen, daß es sowohl die Absicht derjenigen Parteien, auf deren Antrag der § 98 a. a. O. seine jetzige Fassung erhalten habe, als auch die einstimmige Ansicht der damaligen Kommission gewesen sei, der Landeszentralbehörde in der Regelung der Verhältnisse der Bureaubeamten usw. der Anstalten die weitestgehenden Befugnisse zu geben, damit endlich auch hinsichtlich der Gehälter und sonstigen Anstellungsbedingungen eine völlige Gleichstellung der in Rede stehenden Beamten der Versicherungsanstalten mit den entsprechenden Provinzialbeamten herbeigeführt werde. Dieser Feststellung wurde aus der Mitte der Kommission von keiner Seite widersprochen. Seitens eines Vertreters der verbündeten Regierungen wurde den obigen Ausführungen zugestimmt mit dem Bemerken, daß es ein nobile officium der Anstalten gewesen wäre, von vornherein ihre Beamten den Provinzialbeamten gleichzustellen, denn es sei namentlich im Hinblick darauf, daß der Vorsitzende der Provinzialverwaltung vielfach zugleich Vorsitzender der Versicherungsanstalt sei, nicht einzusehen, aus welchem Grunde eine verschiedene Behandlung der Beamten in ihren Kompetenzen erfolgen sollte.

Wir müssen hiernach darauf bestehen, daß die Ausführung unseres erwähnten Erlasses nicht länger verzögert und das vorgeschriebene Reglement alsbald vorgelegt werde.

Im einzelnen bemerken wir folgendes:

1. Für das Disziplinarverfahren gegen Bureau-, Kanzlei- und Unterbeamte der Versicherungsanstalten sind die Vorschriften des Gesetzes betreffend die Dienstvergehen der Beamten der Landesversicherungsanstalten vom 17. Juni 1900 (Ges.-Samml. S. 251) maßgebend.
2. Da nach Absicht des Gesetzes die bei den Versicherungsanstalten beschäftigten Beamten den bei der Provinzialverwaltung beschäftigten Beamten hinsichtlich des Gehalts, der Pension und der Reliktenversorgung gleichgestellt werden sollen, so ist zunächst eine Einteilung der Anstaltsbeamten in Klassen, welche den einzelnen Kategorien der Provinzialbeamten entsprechen, erforderlich. Innerhalb jeder Kategorie gilt zunächst das entsprechende Prozentverhältnis der etatsmäßig angestellten zu den nicht etatsmäßig angestellten Beamten. Für die Voraussetzungen der etatsmäßigen Anstellung, die Bemessung des Anfangsgehalts und des Aufrückens im Gehalt, die Bemessung der Pension und der Reliktenversorgung, sowie für die Bestellung von Kautionen, sollen, soweit nicht nach den Verhältnissen der Landesversicherungsanstalten Abweichungen angemessen erscheinen, die gleichen Grundsätze maßgebend sein. Die Einreihung der Beamten in die einzelnen Kategorien richtet sich nach Art und Bedeutung ihrer Tätigkeit.

   Die Kontrollbeamten gehören zu den Bureaubeamten. Die von den einzelnen Anstalten angestellten Aerzte, welche nicht Mitglieder des Vorstandes sind, sind keine Bureaubeamten und daher bei der Regelung nicht zu berücksichtigen. Die mit statistischen und rechnerischen Arbeiten beauftragten Mathematiker werden, da ihre Tätigkeit eine höhere wissenschaftliche ist, in der Regel nicht zu den Bureaubeamten zu rechnen sein. Die mit dem Kartensortieren beschäftigten weiblichen Personen verrichten mechanische Dienstleistungen, sie werden daher, sofern sich nicht einzelne in gehobener Stellung befinden, unter die Unterbeamten zu rechnen sein, doch wird es auch zulässig sein, für sie eine besondere Kategorie zu schaffen.
3. Eine Besserstellung der Beamten der Versicherungsanstalten gegenüber den entsprechenden Beamten der Provinzialbehörden entspricht nicht der Absicht des Gesetzes. Es wird daher, sofern nicht besondere Verhältnisse (z. B. die gesteigerte Verantwortung der betreffenden Beamten) eine Abweichung rechtfertigen, eine höhere Bemessung der Kompetenzen nicht zugelassen werden können. Diejenigen Beamten, welche schon jetzt besser gestellt sind, verbleiben im Bezuge dieser höheren Bezüge.
4. Die Königliche Verordnung über die Festsetzung und den Ersatz der bei den Kassen und anderen Verwaltungen vorkommenden Defekte vom 24. Januar 1844 (G.-S. S. 52) findet entsprechende Anwendung.
5. Die Beamten der Landesversicherungsanstalten unterliegen der Vorschrift des § 5 Abs. 1 des JVG.
6. Auf die Bureau-, Kanzlei- und Unterbeamten der Versicherungsanstalten finden die Vorschriften der Königlichen Verordnung vom 23. September 1867 (G.-S. S. 1648) Anwendung.
7. Die Regelung hat am 1. Januar 1901 in Kraft zu treten.

Digitized by Google

Wie bereits in unserem Erlasse vom 30. November v. Js. angeordnet, hat die gesamte Regelung der Verhältnisse der Bureau-, Kanzlei- und Unterbeamten in einem Reglement zu erfolgen. Es wird sich empfehlen, das Reglement dem Ausschusse zur Beschlußfassung vorzulegen, doch können seine, von unseren Anordnungen abweichenden Beschlüsse nicht berücksichtigt werden. Da die Versicherungsanstalten zur Vornahme der Wahlen der Beisitzer der Schiedsgerichte in der allernächsten Zeit den Ausschuß zusammenberufen müssen, so wollen Sie mit tunlichster Beschleunigung dem Vorstande von diesem Erlasse Kenntnis geben und dabei ausdrücklich hervorheben, daß sich das Reichsversicherungsamt mit allen Einzelheiten der von uns vorgeschriebenen Anordnung einverstanden erklärt hat.

In einem Erlasse vom 26. Juni 1901 hat der Minister für Handel und Gewerbe nochmals ausdrücklich angeordnet, daß der Zeitpunkt, zu welchem die vorgeschriebene Regelung der dienstlichen Verhältnisse der Beamten der Landesversicherungsanstalten auf Grund des § 98 JVG. in Kraft zu treten habe, der 1. Januar 1901 sei. Demgemäß sei am Schlusse des Reglements die Bestimmung aufzunehmen:

„Vorstehende Bestimmungen treten am 1. Januar 1901 in Kraft" (Hand.-Min.-Bl. 1901 S. 123).

Gemäß den Erlassen vom 30. November 1899 und 28. November 1900 haben die Landesversicherungsanstalten in Anlehnung an die Reglements der dienstlichen Verhältnisse der Provinzialbeamten — bezw. der Beamten der Stadt Berlin, (die Beamten der Landesversicherungsanstalt Berlin wurden den Gemeindebeamten Berlins gleichgestellt) — ausgearbeitet und dem Minister zur Genehmigung vorgelegt. Diese Genehmigung erfolgte in den meisten Fällen erst nach dem 1. Januar 1901. Wie in den Erlassen vom 28. November 1900 und 26. Juni 1901 verlangt, wurde jedoch bei den meisten Landesversicherungsanstalten das Inkrafttreten des Reglements auf den 1. Januar 1901 zurückdatiert, mit Ausnahme des Reglements der Landesversicherungsanstalt Schlesien, deren Reglement rückwirkende Kraft bis zum 1. Januar 1900 erhielt, der Landesversicherungsanstalt Posen, deren Reglement erst am 1. Januar 1902 in Kraft trat, und der Landesversicherungsanstalt Berlin, deren Reglement sogar erst seit dem 1. Januar 1903 Gültigkeit hat. Der Minister hat zu diesen Abweichungen seine Genehmigung erteilt.

Wie in dem Erlasse vom 28. November 1900 angeordnet, wurden die Beamten der Landesversicherungsanstalten wie die Provinzialbeamten in Klassen eingeteilt. Die Einreihung der einzelnen Beamten in diese Klassen sollte sich nach Art und Bedeutung ihrer Tätigkeit richten. Dies hatte jedoch seine großen Schwierigkeiten, weil es bei den Provinzialbehörden Beamte gab, die bei den Landesversicherungsanstalten überhaupt fehlten, wie z. B. bautechnische Beamte, und weil umgekehrt auch bei den Landesversicherungsanstalten Beamtenkategorien vorhanden waren, insbesondere solche mit einer niedrigen, mehr mechanischen Beschäftigung, wie Kartensortierer, die den Provinzialbehörden fehlten. Auch ließ sich die Anordnung des Ministers (s. Erl. v. 28. Nov. 1900), daß innerhalb jeder Kategorie das entsprechende Prozentverhältnis der etatsmäßigen zu den nicht etatsmäßigen Beamten gelten solle, nicht immer durchführen, weil die oberen Klassen der Provinzialbeamten fast durchweg aus etatsmäßigen, die unteren Klassen dagegen aus nichtetatsmäßigen Beamten bestanden, also ein Prozentverhältnis von etatsmäßigen zu den nicht etatsmäßigen Beamten innerhalb der einzelnen Kategorien nicht zu ermitteln war. Infolgedessen mußte so vorgegangen werden, daß das Prozentverhältnis der etatsmäßigen zu den nichtetatsmäßigen Beamten unter Berücksichtigung des gesamten Beamtenkörpers der Provinzialverwaltung gesucht, und dieses auf den gesamten Beamtenkörper der Landesversicherungsanstalt übertragen wurde. Die auf diese Weise gefundene Zahl von Beamten der Landesversicherungsanstalt wurde in die der Einteilung der Provinzialbeamten nach Art und Tätigkeit entsprechenden Klassen als etatsmäßige Beamte aufgenommen. Dazu kam noch, daß der Begriff eines etatsmäßigen Beamten weder bei der Provinzialverwaltung noch bei den Landes-

Digitized by Google

versicherungsanstalten genau feststand. Nach dem Sinne des Wortes sollen etatsmäßige Beamte Stellen bekleiden, für die in dem Etat das Gehalt vorgesehen ist. Das war aber bei den Landesversicherungsanstalten im allgemeinen bezüglich aller Beamten der Fall, nur hinsichtlich der wenigen nicht, die von ihnen aus einem allgemeinen Etatsposten besoldet wurden. Man half sich deshalb vielfach damit, daß man als etatsmäßige Beamte diejenigen bezeichnete, die mit Pensionsanspruch auf Lebenszeit angestellt waren, den Rest als nichtetatsmäßige. So waren bei der Neuorganisation der Landesversicherungsanstalten viele Schwierigkeiten zu überwinden. Daß dabei nicht überall die Beamten mit dem Los, das sie betroffen, zufrieden waren, ist begreiflich. Bis jetzt ist aber m. W. noch kein Fall festgestellt, wo den Beamten Unrecht geschehen wäre.

Die Hauptrechtsquellen für das Recht der Beamten der Landesversicherungsanstalten sind die nach den Weisungen des Ministers (s. Erlasse) aufgestellten und von ihm genehmigten Reglements. Sie geben Aufschluß über den Begriff eines Beamten der Landesversicherungsanstalten, über Anstellungsbedingungen und -form, Berechnung des Dienstalters, Dienstpflichten, Versetzung, Kautionsstellung, Kassendefekte (die Königl. Verordnung über die Festsetzung und den Ersatz der bei den Kassen und anderen Verwaltungen vorkommenden Defekte vom 24. Jan. 1844 — Ges.S. S. 52 — findet entsprechende Anwendung), Einteilung in Klassen, Einkommen, Reisekosten, Umzugskosten, Versetzung in den Ruhestand, Hinterbliebenenversorgung und dergl. mehr.

Die Disziplinarverhältnisse sind geregelt durch das preußische Gesetz betr. die Dienstvergehen der Beamten der Landesversicherungsanstalten v. 17. Juni 1900 (G.S. S. 465).

Die Verpflichtung der Landesversicherungsanstalten, bei Besetzung ihrer Bureau- und Unterbeamtenstellen Militäranwärter zu berücksichtigen, ist ausgesprochen durch die Novelle zum Militärpensionsgesetz vom 22. Mai 1893 (R.G.S.-Bl. S. 171). Das Nähere enthalten die vom Bundesrat am 28. Juni 1899 beschlossenen, vom Reichskanzler unter dem 25. Juli 1899 bekanntgegebenen, in den Amtlichen Nachricht. des Reichsversicherungsamts 1900 S. 336 ff. abgedruckten Grundsätze. Seit dem 1. Oktober 1907 gelten die Grundsätze für die Besetzung der mittleren, Kanzlei- und Unterbeamtenstellen bei den Kommunalbehörden usw. mit Militäranwärtern und Inhabern des Anstellungsscheines vom 20. Juni 1907 (Zentralbl. S. 111).

Zu beachten ist ferner das Kommunalbeamtengesetz vom 20. Juli 1899 (G.S. S. 141) — seine Anwendung auf die Beamten der Landesversicherungsanstalten ist jedoch bestritten, s. unten — und bezüglich ihrer Besteuerung das Kommunalabgabengesetz vom 14. Juli 1893 (G. S. S. 152), die Verordnung betr. die Heranziehung der Staatsdiener zu den Kommunalabgaben in den neu erworbenen Landesteilen vom 23. September 1867 (G.S. S. 1648), die durch § 41 des Kommunalabgabengesetzes zu formell gemeinem Recht erhoben ist, und das Gesetz vom 16. Juni 1909.

In den so geschaffenen Rechtszustand wollte die Reichsversicherungsordnung keine einschneidenden Aenderungen bringen. Nach einer Bemerkung der Begründung (S. 416) zu § 1334 RVO. (Entwurf), daß § 1334 im allgemeinen mit § 98 J.V.G. sachlich übereinstimme, wird dort weiter ausgeführt: „Und zwar sind die Rechte und Pflichten der staatlichen und gemeindlichen Beamten auf die bezeichneten Beamten der Versicherungsanstalten in vollem Umfange, insbesondere hinsichtlich der Höhe des Gehaltes, der Pension, der Hinterbliebenenversorgung usw. zu übertragen. Die Vorschrift, die nicht mehr von den Rechten und Pflichten „von", sondern „der" staatlichen oder gemeindlichen Beamten spricht, soll verhindern, daß eine Verschiedenheit in der Stellung der Beamten der Versicherungsanstalten gegenüber den in gleichartigen Verhältnissen arbeitenden Beamten des Staates oder der Gemeindeverbände eintritt". — Der § 1334 des Entwurfs ist als § 1348 RVO. unverändert Gesetz geworden. Er lautet:

Digitized by Google

„Soweit die im Hauptamte beschäftigten Bureau-, Kanzlei- und Unterbeamten nicht nach Landesrecht staatliche oder gemeindliche Beamten sind, überträgt ihnen die Landesregierung die Rechte und Pflichten der staatlichen oder gemeindlichen Beamten".

Man könnte mit einem gewissen Scheine des Rechts die Ansicht vertreten, daß in der Reichsversicherungsordnung eine ausdrückliche Bestimmung über die Regelung der Beamtenverhältnisse überhaupt überflüssig sei, weil die Rechtsverhältnisse der Beamten der Landesversicherungsanstalten in genügendem Maße geordnet sind und ohne eine Einwilligung der Staatsregierung nicht geändert werden können. § 1348 RVO. will aber die Verpflichtung der Landesregierung, dafür zu sorgen, daß die Beamten der Landesversicherungsanstalten die Rechte und Pflichten des Staats- oder Kommunalbeamten erhalten, reichsrechtlich ausdrücklich festlegen, so daß die Landesregierung nicht in der Lage ist, den in Rede stehenden Beamten die ihnen übertragenen Rechte wieder zu entziehen, ein Fall, der allerdings auch ohne eine Bestimmung der RVO. kaum eingetreten wäre. Daß die Landesregierung auf Grund des § 1348 RVO. irgend etwas veranlaßt hätte, ist nicht bekannt geworden.

2. Die durch § 98 J. V. G. und § 1348 R. V. O. betroffenen Beamtenklassen.

Den bei der Landesversicherungsanstalt und ihren Organen im Hauptamte beschäftigten Bureau-, Kanzlei- und Unterbeamten sollen nach § 98 JVG. die Rechte und Pflichten von Staats- oder Kommunalbeamten übertragen werden. § 1348 RVO. spricht von den im Hauptamte beschäftigten Bureau-, Kanzlei- und Unterbeamten der Anstalt.

So einfach und klar die Ausdrucksweise der Gesetze scheint, gibt sie doch zu Zweifeln Anlaß. Zweifelhaft ist zunächst, wie weit der Kreis der Beamten gezogen werden soll, denen die Rechte und Pflichten von Staats- oder Kommunalbeamten zu verleihen sind.

Einleuchtend ist, wie auch der Ministerialerlaß vom 28. November 1900 hervorhebt, daß Beamte, deren Tätigkeit eine höhere, wissenschaftliche ist, nicht zu den Bureaubeamten zu zählen sind. Dahin gehören die im Dienste der Anstalten tätigen Aerzte, Assessoren, Architekten, Mathematiker. Ebenso wenig gehören auf der anderen Seite zu den Bureau- oder Unterbeamten diejenigen Angestellten, die mit mechanischen Arbeiten untergeordneter Natur, welche mit dem Wesen der Landesversicherungsanstalt an sich nichts zu tun haben, beschäftigt werden, wie z. B. Gartenarbeiter, Gesinde, Heizer.

Betroffen werden sollten offenbar diejenigen nicht akademisch gebildeten Angestellten der Landesversicherungsanstalten, deren Tätigkeit dem eigentlichen Zwecke der Landesversicherungsanstalten, der Durchführung der Invaliden- und Altersversicherung — wenn auch nur mittelbar, wie die der Unterbeamten — gewidmet ist. Hierunter fallen in erster Linie die bei der Anstalt selbst beschäftigten Bureau-, Kanzlei- und Unterbeamten, aber auch die Kontrollbeamten, die zwar im engeren Sinne des Wortes nicht als Bureaubeamte anzusehen sind. Da sie jedoch in der Regel aus den Bureaubeamten genommen werden und jederzeit wieder in den Bureaudienst zurückversetzt werden können, so sind sie nur als zeitweise im Außendienste tätige Bureaubeamte anzusprechen. „Ein innerer Grund, die Kontrollbeamten aus dem Bereiche des § 98 auszuschließen", so führt das Oberverwaltungsgericht in seiner Entscheidung vom 3. April 1901 (H.Min.Bl. 1901 S. 105) aus, „ist nicht zu erkennen. Wenn überhaupt das Bedürfnis bestand, den im Hauptamte tätigen Hilfsbeamten der Versicherungsanstalten die Rechte und Pflichten von Staats- oder Kommunalbeamten beizulegen, so mußte dies auch für die Kontrollbeamten und zwar vielleicht in noch höherem Maße zutreffen, da diesen Beamten die Erledigung wichtiger, eine besondere persönliche Zuverlässigkeit voraussetzender Geschäfte obliegt". Demgemäß sei auch im § 62 a des Entwurfes zu JVG. von

Digitized by Google

„Hilfsbeamten" im allgemeinen die Rede, ohne daß an die Ausschließung einzelner Gruppen von Hilfsbeamten gedacht sei. Ebenso lasse auch die Ueberschrift „Beamtenpersonal" zum § 98 darauf schließen, daß sich diese Gesetzesbestimmung auf alle Gruppen von Hilfsbeamten erstrecken solle. Bedingung sei jedoch für alle diese Hilfsbeamten, daß sie bei der Landesversicherungsanstalt oder ihren Organen im Hauptamte beschäftigt seien. Nebenamtlich beschäftigte Beamte sollen also die Rechte und Pflichten von Staats- oder Kommunalbeamten nicht erhalten[1]).

Zu den Organen der Anstalten sind jetzt nur noch die von ihnen selbst errichteten Einzugsstellen (§ 1447 Abs. 2 RVO.) zu zählen[2]). Die Beamten von Krankenkassen, Knappschaftsvereinen, Knappschaftskassen oder anderer Stellen, denen von den Verwaltungsbehörden die Einziehung der Beiträge auferlegt worden ist, fallen nicht unter § 98 JVG. beziehungsweise § 1348 RVO. In mehreren Entscheidungen (A. N. 1908 S. 648, 1909 S. 464, 1913 S. 593) erklärt das Reichsversicherungsamt zwar auch die bei Krankenkassen usw. eingerichteten Einzugsstellen für „Organe" der Landesversicherungsanstalten. Es ist sich jedoch dabei wohl kaum der Tragweite einer solchen Bezeichnung für die Rechtsverhältnisse der bei diesen Einzugsstellen im Hauptamte beschäftigten Bureaubeamten bewußt gewesen. Jedenfalls dürfte der Schluß, daß infolge dieser Auffassung des Reichsversicherungsamtes diesen Beamten die Rechte und Pflichten von Staats- oder Kommunalbeamten zu übertragen seien, verfehlt sein. „Organe" der Landesversicherungsanstalten im Sinne des § 98 JVG. sind nur die Dienststellen, die ihnen organisatorisch untergeordnet sind, wie auch das Reichsversicherungsamt in seiner Entscheidung 1780 (A. N. 1913 S. 593) zwischen den Dienststellen der Landesversicherungsanstalten und den bei Krankenkassen usw. eingerichteten Einzugsstellen unterscheidet.

Bestritten ist die Frage, ob auch den bei den Heil- und Pflegeanstalten der Versicherungsanstalten im Hauptamte beschäftigten mittleren und unteren Beamten die Rechte und Pflichten von Staats- oder Kommunalbeamten zu übertragen sind. (Bejaht von Rosin, Invaliden- und Altersversicherung Bd. 2 S. 314, Isenbart-Spielhagen, Kommentar zum JVG., § 98 Anm. 3, Arbeiterversorgung 1901 S. 583, Weymann, Invaliden- und Hinterbliebenen-Versicherung, Anmerkung 1 zu § 1348 RVO., Hanow-Lehmann, Kommentar zur RVO., § 1348 Anm. 3; verneint von Gebhard-Düttmann, Kommentar zum JVG., § 98 Anm. 5, Düttmann-Seelmann, Kommentar zur RVO., Bd. 4 § 1348 Anm. 3).

Der Umstand, daß die Angestellten der Heil- und Pflegeanstalten in den Ministerialerlassen vom 30. November 1899 und 28. November 1900 nicht erwähnt werden, läßt darauf schließen, daß von der Landesregierung eine Uebertragung der Rechte und Pflichten von Staats- oder Kommunalbeamten auf sie nicht beabsichtigt war. Dieser Schluß scheint um deswillen gerechtfertigt, weil die Kontroll- und andere Beamten, bei denen die Frage ebenfalls zweifelhaft sein konnte, in dem Erlasse vom 28. November 1900 ausdrücklich genannt sind. Auch der Wortlaut des Gesetzes, der nur von Beamten spricht, die bei der Landesversicherungsanstalt und ihren Organen beschäftigt werden, läßt darauf schließen, daß die bei den Heil- und Pflegeanstalten tätigen Beamten nicht mit umfaßt werden sollten. Würden im § 98 JVG. die Worte „und ihren Organen" fehlen (wie jetzt im § 1348), so könnte daraus gefolgert werden, daß alle Beamten betroffen werden sollten, die im Dienste der Landesversicherungsanstalten tätig sind. Durch die Worte „und ihren Organen" ist aber ein Unterschied zwischen der Anstalt selbst und ihren Organen d. h. ihren Dienststellen gemacht. Hierzu zählen die Heil- und Pflegeanstalten aber zweifellos nicht, wenn sie auch Einrichtungen der Landesversicherungsanstalten sind. Berücksichtigt man weiter, daß

[1]) Vgl. ferner A. N. 1909 S. 588 E. 1434.

[2]) Rentenstellen gibt es seit dem 1. Januar 1912 nicht mehr. Die Beamten der Schiedsgerichte sind jetzt staatliche Beamte (§ 79 RVO.)

Digitized by Google

die Tätigkeit der Bureau- und Unterbeamten der Landesversicherungsanstalten selbst von der der Beamten der Heil- und Pflegeanstalten, die jenen in ihrer Stellung entsprechen würden, vollkommen verschieden ist, so wird darin eine Bestätigung zu finden sein, daß die letzteren im Gesetze genannt sein mußten, und sie ohnedies einen Anspruch auf Uebertragung der Rechte und Pflichten von Staats- oder Kommunalbeamten nicht haben. Diese Beamten werden deshalb noch als Privatbeamte der Landesversicherungsanstalten gelten müssen[3]). Ob diese befugt ist mit der Genehmigung der Landesregierung den Beamten der Heil- und Pflegeanstalten die Rechte und Pflichten von Staats- oder Kommunalbeamten auch ohne eine ausdrückliche gesetzliche Bestimmung zu übertragen, ist eine andere Frage, die nicht ohne weiteres verneint werden kann. Es dürfte im Gegenteil anzunehmen sein, daß wenn die Landesregierung hiergegen keinen Einspruch erhebt, was kaum eintreten dürfte, der Uebertragung der Rechte und Pflichten von Staats- oder Kommunalbeamten auf die Beamten der Heil- und Pflegeanstalten keine rechtlichen Bedenken entgegenstehen. Die Landesregierung hat durch den Vorbehalt der näheren Bestimmung eine gewisse Freiheit in bezug auf den Umfang, die Voraussetzung und die Einzelheiten der Uebertragung der Rechte und Pflichten von Staats- oder Kommunalbeamten. Sie konnte § 98 JWG. eng oder weit auslegen, und demgemäß den Kreis der betroffenen Beamten einschränken oder ausdehnen. In einem Zweifelsfalle würde also ihre weitere Auslegnng als dem Gesetze entsprechend anzusehen sein. Sie ist deshalb berechtigt, auch den Beamten der Heil- und Pflegeanstalten die Rechte und Pflichten von Staats- oder Kommunalbeamten zu verleihen. Verpflichtet ist sie jedoch nicht dazu.

Für die durch § 1348 RVO. geschaffene Rechtslage darf nun aus dem Fehlen der Worte „und ihren Organen" nicht geschlossen werden, daß jetzt die Beamten der Heil- und Pflegeanstalten einen Anspruch auf Uebertragung der Rechte und Pflichten der Staats- oder Kommunalbeamten haben. Dieser Schluß würde unrichtig sein, weil nach der in der Begründung (S. 416) ausgesprochenen Absicht des Gesetzgebers sachlich an den bestehenden Rechtsverhältnissen nichts geändert werden sollte. Der Kreis der durch § 98 JWG. betroffenen Beamten ist durch § 1348 RVO. weder ausgedehnt noch eingeschränkt.

(Schluß folgt.)

[3]) Gebhard-Düttmann Anm. 5 zu § 98 JWG. weisen m. E. auch mit Recht auf den Unterschied hin, der im Kommunalbeamtengesetze vom 30. Juli 1899 (G.-S. S. 141) § 8 zwischen den städtischen Beamten und den Beamten der städtischen Betriebsverwaltungen gemacht wird.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Beamte der Krankenkassen.

Erlasse der preuß. Minister für Handel usw. und für Landwirtschaft usw.

a) vom 31. März 1914, b) vom 1. April 1914 (HMBl. S. 181).

a)

Im § 359 Abs. 1 RVO. werden als Beamte diejenigen im Kassendienste Beschäftigten bezeichnet, die auf Lebenszeit oder mit Anrecht auf Ruhegehalt angestellt sind. Eine solche Anstellung setzt aber in jedem einzelnen Falle die Genehmigung des Oberversicherungsamts voraus. Diese Genehmigung ist erforderlich, sobald ein Beschäftigter in der Weise angestellt werden soll, daß es zur Begründung der Lebenslänglichkeit der Anstellung oder des Anrechts auf Ruhegehalt einer erneuten Beschlußfassung des Kassenvorstandes nicht mehr bedarf, z. B. wenn die Anstellung unter Vorbehalt der Kündigung mit der Maßgabe erfolgen soll, daß der Angestellte nach mehrjähriger Tätigkeit

Digitized by Google

im Dienste der Kasse ohne weiteres Anrecht auf Ruhegehalt erwirbt.

Der Vorstand ist übrigens bei der Beschlußfassung über die Anstellung eines Beschäftigten mit Anrecht auf Ruhegehalt an die Bedingungen gebunden, die in der Dienstordnung gemäß § 353 Nr. 3 für die Gewährung des Ruhegehalts aufgestellt sind. Sollte es ein Vorstand unterlassen, einen Anstellungsbeschluß gemäß § 359 Abs. 1 dem Oberversicherungsamt vorzulegen, so würde er hierzu im Aufsichtsweg anzuhalten sein.

Die gemäß § 359 Abs. 1 angestellten Personen unterstehen der Dienstordnung nach § 351 Abs. 1, solange nicht die Rechte und Pflichten der staatlichen oder gemeindlichen Beamten auf sie übergegangen sind.

Durch den Erlaß vom 18. Februar ds. Js. (HMBl. S. 79) haben wir den gemäß § 359 Abs. 1 angestellten Personen die Rechte und Pflichten gemeindlicher Beamten grundsätzlich übertragen, während nach Abs. 2 des Erlasses den Oberversicherungsämtern die Bestimmung des Zeitpunkts vorbehalten ist, in dem die erwähnten Rechte und Pflichten auf den einzelnen Kassenbeamten übergehen. Die Anordnung kann mit der Genehmigung des Anstellungsbeschlusses (§ 359 Abs. 1 RVO.) verbunden werden.

b)

In das nach unserem Erlasse vom 18. Februar d. Js. (HMBl. S. 79) von den Oberversicherungsämtern aufzustellende Regulativ über die dienstlichen Verhältnisse der Krankenkassenbeamten ist eine Bestimmung folgenden Inhalts aufzunehmen:

„Die Kündigung der mit Anrecht auf Ruhegehalt unter Vorbehalt der Kündigung angestellten Kassenbeamten darf nur auf übereinstimmenden Beschluß der Arbeitgeber und der Versicherten im Vorstande, kommt aber ein solcher nicht zustande, auf Beschluß der Vorstandsmehrheit mit Zustimmung des Vorsitzenden des Versicherungsamts ausgesprochen werden; nach zehnjähriger Beschäftigung im Dienste der Kasse darf sie nur aus einem wichtigen Grunde stattfinden."

Anmerkung: Der zu b erwähnte Erlaß v. 18. 2. 14. und das Regulativ sind abgedruckt hier S. 186. Die Minister stellen sich hiernach auf den vielfach angefochtenen, aber freilich wohl der Wortfassung des Abs. 1 des § 359 RVO. entsprechenden Standpunkt, daß diese Vorschrift und Abs. 4 auch anzuwenden seien, bei einer Anstellung, die zwar weder auf Lebenszeit noch unwiderruflich, aber mit Anrecht auf Ruhegehalt erfolgt.

Zulässigkeit einer Beschwerde einer Krankenkasse über Genehmigung des von ihr vorgelegten Satzungsentwurfs.

Beschluß des Reichsversicherungsamts v. 4. April 1914.

Das Versicherungsamt hatte den Satzungsentwurf mit gewissen Beanstandungen zurückgegeben. Der Rendant der Kasse hielt die Beanstandungen für solche formeller Natur und änderte den Entwurf entsprechend ab, nachdem er zwar das Einverständnis der für die Satzungsänderung eingesetzten Kommission, nicht aber des Vorstandes und der Generalversammlung eingeholt hatte. Das Versicherungsamt nahm an, daß die Aenderung ordnungsmäßig zustande gekommen sei, und das Oberversicherungsamt genehmigte die Satzung in der abgeänderten Fassung, da es gleichfalls keinen Anlaß hatte, die Ordnungsmäßigkeit der Beschlußfassung in Frage zu stellen.

Gegen die Genehmigung der Satzung in der so zustande gekommenen Fassung legte der Kassenvorstand Beschwerde ein. Das Reichsversicherungsamt erachtete das Rechtsmittel für zulässig und für begründet.

Aus den Gründen.

Nach dem bisherigen Recht, das in § 24 KVG. ebenfalls wie § 324 RVO. nur Vorschriften über das Beschwerdeverfahren im Falle der Versagung der Genehmigung enthielt, war eine Beschwerde nicht grundsätzlich ausgeschlossen. Man hielt es nämlich für unzulässig, aus dem Fehlen jeder Bestimmung hinsichtlich der genehmigenden Bescheide an der bezeichneten Stelle zu folgern, es sei damit mittelbar für die genehmigenden Bescheide reichsrechtlich die völlige Unzulässigkeit eines jeden Korrektivs angeordnet (zu vgl. Entsch. des Preuß. Oberverwaltungsgerichts Bd. 25 S. 373, Hoffmann, Komm. z. KVG. zu § 24 Anm. 2). Zu demselben Ergebnis gelangt man bei Beurteilung der Rechtslage nach der Reichsversicherungsordnung. Die gesetzliche Grundlage findet sich in § 1793 RVO. Hiernach ist gegen die Entscheidung des Oberversicherungsamts in erster Instanz Beschwerde an das Reichsversicherungsamt (Landesversicherungsamt) zulässig, soweit dieses Gesetz nichts anderes vorschreibt. Eine solche gegenteilige Vorschrift enthält das Gesetz nicht. Daß aber ein die Genehmigung der Satzung aussprechender Beschluß des Oberversicherungsamts eine Entscheidung im Sinne dieser Vorschrift ist, kann nicht zweifelhaft sein (Lehmann, Komm. z. RVO. 6. Buch Anm. zu § 1793 und zu § 1791). Auch die Literatur hat, soweit sie sich mit dieser Frage befaßt, die Anfechtung der Satzungsgenehmigung nicht ohne weiteres für unzulässig erachtet (zu vgl. Hahn, Krankenversicherung 7. Aufl. Anm. 1 d zu § 324 RVO.). Hier ist allerdings offenbar nur an den Fall gedacht, daß die Satzung selbst ordnungsmäßig beschlossen worden ist, und wohl deshalb zu dem Beschwerderecht der Kasse, welche

Digitized by Google

die Satzung vorgelegt hat, nicht Stellung genommen. Gerade die vorliegende Sache beweist aber, daß es den Bedürfnissen der Praxis entspricht, auch ein Beschwerderecht der unmittelbar beteiligten Kasse gegen einen genehmigenden Beschluß des Oberversicherungsamts, was zunächst befremden mag, anzuerkennen. . .

Der Beschwerde konnte auch der Erfolg nicht versagt werden. Eine Satzung kann nur dann genehmigt werden, wenn der Satzungsentwurf selbst ordnungsmäßig zustande gekommen ist. . . Im vorliegenden Falle ist nach § 56 der Satzung nur die Generalversammlung zur Beschlußfassung über Statutenänderungen berechtigt. Ein solcher Generalversammlungsbeschluß hat hinsichtlich der Satzung, wie sie vom Oberversicherungsamt genehmigt ist, nicht vorgelegen. Die Genehmigung ist daher zu Unrecht erfolgt. . .

Befreiung aus § 418 RVO. setzt keinen Anspruch auf Wochenhilfe und Sterbegeld voraus.

Entscheidung des Kgl. Oberversicherungsamts Köslin v. 27. April 1914.

Durch den vorgenannten Bescheid hat der Vorstand der Landkrankenkasse für den Kreis Kolberg-Körlin den gemäß § 418 RVO. gestellten Antrag des Beschwerdeführers mit der Begründung abgelehnt, daß die Leistungen, welche der Beschwerdeführer den auf dem Vorwerk K. Beschäftigten eingeräumt hat, denen der Landkrankenkasse nicht gleichwertig seien, weil ein Anspruch auf Wochen- und Sterbegeld fehle. Diese Auffassung kann vom Oberversicherungsamt nicht geteilt werden. Gemäß § 418 RVO. ist Voraussetzung der Befreiung, daß gegen den Arbeitgeber ein Rechtsanspruch auf Unterstützung bei „Erkrankung" vorhanden ist. Der Ausdruck „Erkrankung" ist gleichbedeutend mit dem Worte „Krankheit". Als Krankheiten gelten nicht körperliche Störungen, welche die Folge einer normalen körperlichen Entwicklung sind, z. B. Altersschwäche, Weitsichtigkeit, Menstruation, Schwangerschaft, Wochenbett, sofern sich nicht daran Leiden anknüpfen, die ärztliche Hilfe notwendig machen (vgl. Hoffmann, Anm. 2 zu § 165 RVO.). Ebensowenig ist der Tod eine Krankheit. In der Reichsversicherungsordnung sind denn auch Wochen- und Sterbegeld neben der bei Eintritt einer Krankheit zu gewährenden Krankenhilfe als besondere Leistungen (§ 179 Abs. 1 a. a. O.) aufgeführt; daraus ergibt sich, daß das Wochen- und Sterbegeld nicht eine Krankenunterstützung sind.

Da hiernach die Gewährung von Wochen- und Sterbegeld zu der im § 418 RVO. verlangten „Unterstützung bei Erkrankung" nicht gehört, so kann dies dem Beschwerdeführer auch nicht auferlegt werden. Die übrigen Leistungen, die der Beschwerdeführer seinen Leuten eingeräumt hat, sind ausreichend; deshalb ist sein Befreiungsantrag begründet.

Anmerkung der Schriftleitung: Der Einsender zieht die Richtigkeit der Entscheidung in Zweifel und findet sie um so auffälliger, als das Oberversicherungsamt früher den Arbeitgebern empfohlen habe, zur Begründung von Befreiungsanträgen aus § 418 mit den Beschäftigten ein Abkommen zu treffen, worin als zu gewährende Leistungen außer Krankenhilfe auch Wochenhilfe, Sterbegeld und Familienhilfe bezeichnet und näher normiert waren. Wir meinen aber: dann hat das Oberversicherungsamt früher geirrt; seine jetzige Entscheidung ist zweifelsfrei. Der § 418 RVO. ist dem § 136 des Gesetzes v. 5. Mai 1886 in der Fassung der Novelle von 1903 nachgebildet. Dort war als Voraussetzung der Befreiung aufgestellt, daß der Versicherungspflichtige dem Arbeitgeber gegenüber einen Rechtsanspruch „auf eine den Bestimmungen des § 6 KVG. entsprechende oder gleichwertige Unterstützung" habe. Dieser § 6 KVG. aber legte der Gemeindekrankenversicherung als Pflichtleistung nur Krankenhilfe, nicht auch (wie § 20) Wochenhilfe und Sterbegeld oder gar Familienhilfe auf, die ja auch bei den organisierten Kassen nur eine freiwillige Mehrleistung war (§ 21). Dem entspricht die Fassung des § 418 RVO., wonach auf Antrag des Arbeitgebers von der Versicherungspflicht befreit wird, wer an diesen „bei Erkrankung" Rechtsanspruch auf eine Unterstützung hat, die den Leistungen der zuständigen Kasse gleichwertig ist. Daß dies keinen weitergehenden Sinn hat, als der erwähnte § 136 des Ges. v. 5. Mai 1886, ergibt sich auch aus der Begründung zur RVO. (S. 228), wo ausdrücklich bemerkt ist, daß die Vorschriften des Entwurfs (§ 447 mit § 186) sich an die Bestimmungen des erwähnten Gesetzes anlehnen. Es war daher ein Irrtum, wenn bei den Beratungen der Kommission ein Regierungsvertreter bemerkte, daß auch Wochenhilfe vom Arbeitgeber übernommen werden müsse (Komm.Ber. II S. 393). Freilich hat man wohl übersehen, daß die RVO. auch Wochenhilfe und Sterbegeld zu Pflichtleistungen aller Krankenkassen erhoben hat (§ 179) und daß daher die Beschränkung der Leistungen des Arbeitgebers auf bloße Krankenhilfe im § 418 eine auffällige und recht empfindliche Lücke in der Fürsorge für landwirtschaftlich Beschäftigte und Dienstboten (§ 435) bedeutet; aber diese den Gesetzgeber angehende Erwägung reicht nicht hin, das geltende Gesetz in einem Sinne auszulegen, der mit der klaren Fassung und mit der Entstehungsgeschichte im Widerspruch stehen würde.

Digitized by Google

B. Zur Unfallversicherung.

Tütenkleberinnen als Hausgewerbtreibende. — Kassenzugehörigkeit.

Entscheidungen a) des Versicherungsamts (Beschlußausschuß) Aschersleben v. 10. Oktober 1913, b) des Oberversicherungsamts (Beschlußkammer) in Magdeburg v. 30. Dezember 1913.

Die Firma, für welche die Dütenkleberinnen beschäftigt sind, hat eine Betriebskrankenkasse, will aber diese Arbeiterinnen, als selbständige Hausgewerbetreibende, der Ortskrankenkasse zugewiesen wissen; eine Landkrankenkasse besteht für den Bezirk nicht. Die Ortskrankenkasse verhielt sich ablehnend, weil sie die Tütenkleberinnen als unselbständige Heimarbeiter ansieht, und deshalb die Betriebskrankenkasse für zuständig hält.

Im Streitverfahren haben beide Instanzen im Sinne der Firma, also für die Zuständigkeit der allgemeinen Ortskrankenkasse entschieden.

a)

Das Versicherungsamt geht bei der rechtlichen Beurteilung von der bisherigen Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts aus, verweist insbesondere auf die Ausführungen in den Revisionsentscheidungen vom 15. Oktober 1891 (Arb.Vers. 1891 S. 550) und bemerkt weiterhin:

Bei Berücksichtigung dieser Ausführungen charakterisiert sich in allen drei Punkten die Beschäftigung der genannten Tütenkleberinnen als Hausgewerbbetrieb im Sinne der §§ 162 und 165 Abs. 1 Ziff. 6 der RVO. Einmal befinden sie sich in der geschilderten persönlichen Unabhängigkeit von der Arbeitgeberin. Sie empfangen von ihr das Material, fertigen die Tüten in eigener Wohnung, eventuell mit Hilfe von Familienangehörigen oder anderen Hilfskräften, können Beginn, Ende und Umfang der Arbeit selbst bestimmen, unterliegen bei ihrer Arbeit in keiner Weise der Disziplin der Arbeitgeberin, behalten die Geschlossenheit des Familienlebens, können das Arbeitsverhältnis zu jeder Zeit lösen und das von der Firma gelieferte noch in ihren Händen befindliche Material unbearbeitet zurückgeben, ohne dadurch einen wirtschaftlichen oder sonstigen Nachteil (abgesehen von entgangenem Gewinn) zu erleiden. Ob sie etwa für andere Papierwarenfabriken nicht arbeiten dürfen, kann dahin gestellt bleiben, da eine solche Verabredung mit dem Begriffe des Hausgewerbtreibenden sehr wohl zu vereinbaren sein würde.

Weiter ist amtlich bekannt, daß sich in Aschersleben die Tütenkleberinnen seit der Einführung der Papierwarenfabrikation im Jahre 1861 in der für die Hausindustrie charakteristischen Gestalt eines gleichförmigen, außerhalb der Fabrikräume stattfindenden Massenbetriebs entwickelt hat. Die Beschäftigung der Tütenkleberinnen außerhalb der Fabrik erfolgt nicht aus zufälligen, vorübergehenden Gründen, sondern lediglich in bestehender langjähriger Uebung.

Schließlich sind die Tütenkleberinnen auf dem Gebiete der Kranken-, Invaliden- und Unfallversicherung bisher als Hausgewerbtreibende angesehen und infolgedessen als nicht versicherungspflichtig behandelt worden.

Hausgewerbtreibende sind nun gemäß § 235 a. a. O. vom 1. Januar 1914 ab Mitglieder der Landkrankenkasse. Da hier eine solche nicht besteht, gehören sie nach § 237 Abs. 2 a. a. O. in die allgemeine Ortskrankenkasse. Der Betriebskrankenkasse der Firma H. C. können sie nicht zugewiesen werden, da nach § 245 Abs. 3 der RVO. in Verbindung mit § 2 der neuen Kassensatzung in diese Kasse nur die im Betriebe beschäftigten Versicherungspflichtigen gehören.

b) Gründe:

Der Beschluß des Oberversicherungsamts schließt sich den Ausführungen der angefochtenen Entscheidung vom 10. Okt. v. Js. in allen Punkten an und bemerkt zu der Beschwerdeschrift vom 14. November v. Js. noch folgendes:

Von persönlicher Unselbständigkeit der Tütenkleberinnen würde gesprochen werden können, wenn diese verpflichtet wären, sich täglich Rohmaterial zu holen und die fertigen Tüten am nächsten Tage wieder abzuliefern. Dies ist jedoch nicht der Fall. Die vernommenen Zeugen haben übereinstimmend ausgesagt, daß sie sich mit Tütenkleben nur soweit beschäftigen, als sie durch die Führung ihres Haushalts nicht in Anspruch genommen seien und daß es ihnen unbenommen sei, das Tütenkleben tage- und wochenlang auszusetzen. Als ein wesentlicher Eingriff in die Selbständigkeit der Tütenkleberinnen kann auch das Verbot, für einen Konkurrenten Tüten zu kleben, nicht angesehen werden. Dafür, daß die Tütenkleberinnen nicht als Heimarbeiterinnen anzusehen sind, spricht endlich auch der Umstand, daß die Arbeit eine so einfache ist, daß die ganze Familie einschließlich der altersschwachen Personen und der Kinder dieselbe fertigstellt.

Digitized by Google

Ruhen der Hinterbliebenenrente eines in Fürsorgeerziehung befindlichen Kindes bedingt kein Anwachsungsrecht der Mutter und Geschwister.

Rek. Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 28. November 1913.

Durch Bescheid der Beklagten vom 10. Mai 1912 erhalten die Klägerin und ihre fünf Kinder Friederike, Martha, Wilhelm, Heinrich und Albrecht K. als Hinterbliebene des am 5. März 1907 an den Folgen eines Betriebsunfalls verstorbenen Häuers Adam K. zusammen eine Rente von 60 Prozent des Jahresarbeitsverdienstes des Verstorbenen, die entsprechend der Vorschrift des § 20 GUVG. für jeden der sechs Anwärter auf je 10 Prozent bemessen worden ist und monatlich 13,50 Mark beträgt. Nachdem die älteste Tochter der Klägerin, Friederike K., die übrigens am 2. Oktober 1898 geboren, also am 2. Oktober 1913 fünfzehn Jahre alt geworden ist, durch Beschluß des Königlichen Amtsgerichts in Gelsenkirchen vom 30. Mai 1910 der Fürsorgeerziehung überwiesen und in dem Rettungshause zu Schildesche untergebracht worden ist, hat die Beklagte durch den angefochtenen Bescheid die Zahlung der Rente für Friederike K. mit dem Ablaufe des Monats September 1912 unter der Begründung eingestellt, daß nach § 94 Abs. 1 Ziff. 1 GUVG. das Recht auf den Bezug der Rente während der Unterbringung in jener Anstalt ruhe. Die Klägerin nimmt die Rente ihrer Tochter Friederike für sich in Anspruch und macht gegen den Bescheid der Beklagten geltend, daß im Falle des Ablebens ihrer Tochter Friederike vor vollendetem fünfzehnten Lebensjahre deren Rentenanteil ihr (der Witwe) und ihren vier anderen Kindern zuwachsen würde, und daß deshalb die Beklagte gemäß § 94 Abs. 1 Ziffer 1 Satz 2 GUVG. gehalten sei, die Rente der Friederike K. während deren Unterbringung in der Besserungsanstalt ihr (der Witwe) zu überweisen und auszuzahlen. Die hierauf gestützte Berufung der Klägerin ist jedoch vom Königlichen Knappschafts-Oberversicherungsamt in Dortmund mit Recht zurückgewiesen worden, weil der Fall des § 94 Abs. 1 Ziffer 1 Satz 2 GUVG. nicht gegeben ist, so daß auch dem Rekurse der Erfolg versagt bleiben mußte.

Nach § 16 Abs. 1 in Verbindung mit § 20 Abs. 1 GUVG. erhalten die Witwe und die Kinder eines infolge eines Betriebsunfalls verstorbenen Versicherten je 20 Prozent des Jahresarbeitsverdienstes des Verstorbenen dergestalt, daß beim Vorhandensein von mehr als drei rentenberechtigten Hinterbliebenen diese insgesamt nicht mehr als 60 Prozent des Jahresarbeitsverdienstes bekommen und sich darin gleichmäßig zu teilen haben. Scheiden von mehr als drei vorhandenen Anwärtern einer oder mehrere infolge Ablebens oder Erreichung des fünfzehnten Lebensjahres aus, so wachsen ihre Rentenanteile den verbleibenden Rentenberechtigten bis zum Höchstbetrage von je 20 Prozent des Jahresarbeitsverdienstes zu. Die Höhe des Anspruchs, welcher den einzelnen Hinterbliebenen an der Gesamtrente von 60 Prozent zusteht, wird also durch die Zahl der tatsächlich vorhandenen Anwärter bedingt mit der Maßgabe, daß die Rente des einzelnen 20 Prozent des Jahresarbeitsverdienstes nicht übersteigen darf. Ist dies aber der Fall, dann kann, wenn das Recht auf Bezug der Rente bei einem der Hinterbliebenen gemäß § 94 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes ruht, sein Rentenanteil den übrigen Berechtigten nicht zuwachsen. Denn durch das Ruhen des Bezugsrechts wird die Zahl der berechtigten Anwärter nicht verringert. Derjenige von ihnen, dessen Bezugsrecht ruht, scheidet aus dem Kreise der Berechtigten nicht aus. Er behält seinen Anspruch auf seinen Rentenanteil und ist nur gehindert, sein Bezugsrecht auszuüben, so lange das Hindernis in seiner Person fortbesteht. Die Klägerin kann daher den Rentenanteil ihrer in der Besserungsanstalt untergebrachten Tochter Friederike während der Dauer der Unterbringung nicht auf Grund eines Anwachsungsrechts für sich in Anspruch nehmen.

Aber auch der Fall des § 94 Abs. 1 Ziff. 1 Satz 2 GUVG., auf den die Klägerin hauptsächlich ihren Anspruch stützt, ist nicht gegeben. Dieser Fall hat zur Voraussetzung, daß der Berechtigte, dessen Rentenbezugsrecht ruht, selbst der Verletzte ist und Angehörige besitzt, die von ihm unterhalten werden und im Falle seines Todes Anspruch auf Rente haben würden (§§ 16, 17, 18, 19 GUVG.). Verletzt durch den Betriebsunfall ist nun aber nicht Friederike K., sondern ihr Vater Adam K., von dem sie selbst ihren Rentenanspruch auf Grund des § 16 des GUVG. ableitet. Allerdings würden beziehungsweise werden bei ihrem etwaigen Ableben vor zurückgelegtem fünfzehnten Lebensjahre und bei Vollendung des fünfzehnten Lebensjahres durch sie die Rentenanteile ihrer Mutter (der Klägerin) und ihrer vier Geschwister Martha, Wilhelm, Heinrich und Albrecht sich erhöhen, aber nicht deshalb, weil diese ihre Erben werden, sondern weil dann noch mehr als drei renten-

Digitized by Google

berechtigte Hinterbliebene des verunglückten Adam K. am Leben sind, und die Zahl der rentenberechtigten Anwärter, die sich in die Gesamtrente von 60 Prozent zu teilen haben, sich nicht auf drei oder weniger verringert. Wären bei einem etwaigen Ableben der Friederike K. oder wenn sie das fünfzehnte Lebensjahr vollendet, nur ihre Mutter und ein Kind vorhanden, so würden diese beiden Personen nur je 20 Prozent, zusammen also 40 Prozent Rente erhalten; die Rente der Friederike K. würde mithin ganz wegfallen und nicht auf die Klägerin und deren Kind übergehen.

C. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätze zu den §§ 380, 382 und 1, 2, 15, 17, 19, 60, 170, 365, 370, 372, 373, 374, 395, 398 des VGfA. aus der Uebung der Reichsversicherungsanstalt.

(„Angestelltenversicherung" 1914, S. 86).

Zu §§ 380, 382. Stellungswechsel bei gleichzeitigem Wechsel des Versicherungsträgers.

§ 380 VGfA. bezweckt, den Stellungswechsel, der einen Wechsel des Versicherungsträgers zur Folge hat, seiner nachteiligen Folgen zu entkleiden, soweit es sich um den reichsgesetzlichen Anspruch handelt, gilt also sowohl für den Fall, daß ein bisher bei der Reichsversicherungsanstalt versicherter Angestellter bei einem Arbeitgeber in Beschäftigung tritt, der einer Ersatzkasse angeschlossen ist, wie auch für den Fall, daß ein bisher bei einer Ersatzkasse versicherter Angestellter in die Dienste eines Arbeitgebers kommt, dessen Angestellte bei der Reichsversicherungsanstalt oder bei einer anderen Ersatzkasse zu versichern sind.

Der Sinn der Bestimmung ist:

Die bei Ersatzkassen zurückgelegte versicherungspflichtige Versicherungszeit wird hinsichtlich des Maßes der reichsgesetzlichen Ansprüche der bei der Reichsversicherungsanstalt zurückgelegten gleichgestellt.

§ 382 a. a. O. geht dann noch weiter, indem er der Reichsversicherungsanstalt für die gesamten, also auch für die bei der Ersatzkasse erworbenen Ansprüche derjenigen Versicherten, die den Versicherungsträger gewechselt haben, die Haftung auferlegt. Die Folgen der §§ 380, 382 a. a. O. treten ohne Mitwirkung des Versicherten ein; sie schließen aber natürlich auch aus, daß dem Versicherten die an die Reichsversicherungsanstalt gezahlten Beiträge bzw. der für die Erhaltung der gesetzlichen Leistungen erforderliche Teil der an die Ersatzkasse gezahlten Beiträge ausgezahlt werden. Darauf gerichtete Anträge sind also zwecklos. Die Ueberweisung der von der Reichsversicherungsanstalt zur Erfüllung der bei Ersatzkassen erworbenen Ansprüche nötigen Mittel ist in § 384 a. a. O. geregelt; sie erfolgt erst bei Eintritt des Versicherungsfalls; beim Uebertritt findet eine Ueberweisung nicht statt.

Wenn mit dem Ausscheiden aus der bisherigen Stellung die Aufgabe der versicherungspflichtigen Beschäftigung verbunden ist, so kann die Versicherung nach § 15 Abs. 1 a. a. O. freiwillig fortgesetzt werden, sofern mindestens sechs Beitragsmonate auf Grund der Versicherungspflicht zurückgelegt sind. Diese freiwillige Fortsetzung der Versicherung kann sowohl bei der RfA. erfolgen als auch bei der Ersatzkasse, aus welcher der Angestellte ausscheidet, wenn sie nach ihrer Satzung die Möglichkeit dazu bietet (eine gesetzliche Pflicht besteht nicht).

Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung kann auch gegeben sein, ohne daß Stellungswechsel vorliegt. Dies ist der Fall, wenn der Jahresarbeitsverdienst eines bei einer Ersatzkasse versicherten bisher Versicherungspflichtigen 5000 M. überschreitet, oder wenn der Versicherte in eine nicht versicherungspflichtige Beschäftigung übertritt. Wird die Versicherung bei der Ersatzkasse von solchen ehemals versicherungspflichtigen Personen insbesondere auf Grund statutarischen Zwanges fortgesetzt, so hat die fernerhin bei der Kasse zurückgelegte Beitragszeit als freiwillige Fortsetzung der Versicherung im Sinne des § 15 a. a. O. zu gelten, weil andernfalls die gesetzlichen Anwartschaften trotz gezahlter Beiträge verfallen würden. Das Maß der in dieser Zeit erworbenen gesetzlichen Anwartschaften kann dagegen in das Ermessen der maßgebenden Organe der einzelnen Kassen gestellt werden.

Die einzelnen Ersatzkassen regeln die Folgen des Ausscheidens eines Versicherten auf verschiedene Weise. Vielfach beschränken sie sich darauf, die gesetzliche Mindestforderung zu erfüllen, indem sie die Aufrechterhaltung der Anwartschaften in reichsgesetzlicher Höhe ermöglichen; manche Kassen gewähren aber auch eine Rückvergütung.

Die Geltendmachung dieser über den reichsgesetzlichen Anspruch hinausgehenden Rechte ist natürlich Sache des Angestellten. (I. 708/14.)

Zu § 1. 1. Angestellte einer im Ausland domizilierten Gesellschaft, die im Inland eine versicherungspflichtige Beschäftigung ausüben, unterliegen an sich dem Versicherungszwange. Wenn jedoch die ausländische Gesellschaft im Inland kein Vermögen hat, so daß sie zur

Digitized by Google

Erfüllung ihrer Arbeitgeberpflichten aus dem Angestelltenversicherungsgesetz nicht gezwungen werden kann, ist die Aufnahme des Angestellten in die Versicherung nur möglich, wenn die Gesellschaft bereit ist, ohne Zwang die gesetzlichen Pflichten des Arbeitgebers zu erfüllen. (I. 8692/12. II Ang.)

2. Angestellte, die für einen inländischen Betriebsunternehmer im Auslande tätig sind, sind nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte nicht versicherungspflichtig; es sei denn, daß es sich um Angestellte mit deutscher Reichsangehörigkeit handelt, die entweder bei Grenzstationen beschäftigt sind, oder die während einer Beschäftigung im Inlande bereits versicherungspflichtig gewesen sind und entweder ununterbrochen versicherungspflichtig geblieben sind oder ihre Versicherung aufrecht erhalten haben. Als inländische Unternehmung gilt die ausländische Niederlassung einer deutschen Firma dann nicht, wenn sie selbständige Rechtspersönlichkeit hat.

Persönliche Bedienstete, die ihren Arbeitgeber in das Ausland begleiten, bleiben versicherungspflichtig. (I. 3604/14.)

3. Klavierstimmer sind nicht versicherungspflichtig. (I. 44245/13.)

4. Kolporteure, die sich nach den besonderen Umständen in einem Angestelltenverhältnis befinden, sind versicherungspflichtig. Dies ist z. B. auch der Fall, wenn der Kolporteur zwar für eigene Rechnung für seinen Auftraggeber tätig ist, aber eine monatliche Beihilfe von ihm erhält. (I. 18434/12. II. Ang.)

5. Professoren, Privatdozenten und Assistenten an Universitäten und technischen Hochschulen, letztere, sofern sie gleichzeitig Privatdozenten sind, unterliegen nicht dem Versicherungszwange des Versicherungsgesetzes für Angestellte. (I. 1437/13, I. 2551/13.)

6. Gesellschafter einer offenen Handelsgesellschaft sind, auch wenn sie als Geschäftsführer der offenen Handelsgesellschaft einen besonderen Entgelt beziehen, nicht versicherungspflichtig. (I. 14249/12.)

7. Weibliche Hilfskräfte bei Lotterieeinnehmern, die Lose verkaufen, Gewinne auszahlen und den Schriftverkehr mit den Losinhabern besorgen, sind versicherungspflichtig. (I. 3007/12.)

8. Zur Versicherungspflicht von Stuhlmeistern (Saal-, Partie-, Web-, Revier- und Spinnmeistern) wird auf Grund der Beschlußfassung in der Sitzung des Direktoriums vom 16. März 1914 nachfolgender Grundsatz aufgestellt:

I. Stuhlmeister (Saal-, Partie-, Web- und Reviermeister).

Zu ihrer Tätigkeit können folgende Obliegenheiten gehören:

A. 1. Einlegen der Kette in den Webstuhl,
2. Vorrichten des Webstuhls im übrigen (Vorrichten der Jacquard-Einrichtung),
3. Einsetzung des Wechselrades (abgesehen von der Tätigkeit unter B 2),
4. Beseitigung von Schäden am Webstuhl und Beseitigung von Störungen im Betriebe des Webstuhls.

B. 1. Aufsicht im Websaal, einschließlich der Aufsicht hinsichtlich der Arbeitsordnung,
2. Ausrechnen des Wechselrades nach schriftlichen Angaben über Art des Stoffes und des Musters,
3. Prüfung nach Herstellung eines entsprechenden Stückes Stoff (1—2 m), ob der Stoff dem Muster entspricht,
4. Beobachten der Maschinerie der Stühle während des Webens und der Ware während des Webens, gegebenenfalls an Hand des Musterbuchs, und Verantwortlichkeit für den Ausfall der Ware,
5. Pflicht, im voraus dafür zu sorgen, daß jeder Stuhl Arbeit hat,
6. Disposition über die Stühle.

Personen, die lediglich die Obliegenheiten zu A haben, sind nicht versicherungspflichtig.

Personen, die die Obliegenheiten zu B haben, sind versicherungspflichtig, und zwar auch dann, wenn sie gleichzeitig die Obliegenheiten zu A haben und auch, wenn die letzteren zeitlich überwiegen. Dabei genügt es, wenn von den Obliegenheiten zu B die unter Nr. 4 gegeben sind.

II. Dieser Grundsatz gilt entsprechend für Spinnmeister. (I. 3896.)

9. Zur Versicherungspflicht von Vergrößerern in der Spitzen- und Stickereiindustrie und Patroneuren wird auf Grund der Beschlußfassung in der Sitzung des Direktoriums vom 16. März 1914 nachfolgender Grundsatz aufgestellt:

„Vergrößerer in der Spitzen- und Stickereiindustrie sind nicht versicherungspflichtig".

„Patroneure, die lediglich patronieren, sind nicht versicherungspflichtig."

Patroneure sind aber versicherungspflichtig, wenn sie außer der Herstellung der Patrone eine gehobene Tätigkeit ausüben, wie schriftliche Anweisungen für den Kartenschläger und den Vorrichter geben oder, wie z. B. in der Tuchindustrie, an der Kalkulation beteiligt werden." (I. 3897/14.)

10. Dentisten, die auch behandelnd tätig sind, sind versicherungspflichtig; nicht versicherungspflichtig sind solche, die lediglich technische Arbeiten im Laboratorium verrichten. Das Nehmen von Abdrücken im Munde des Patienten und das Einpassen von Gebissen wird hierbei zur behandelnden Tätigkeit mitgerechnet. (I. 13663.)

Zu § 1 Abs. 3. 1. Bei Beschäftigung eines Angestellten durch mehrere Arbeitgeber ist der Wert der Sachbezüge aus einer an sich ver-

Digitized by Google

sicherungspflichtigen, aber nach § 7 des VGfA. versicherungsfreien Beschäftigung zu dem Einkommen aus der sonstigen versicherungspflichtigen Tätigkeit für die Bestimmung der Versicherungspflicht schlechthin hinzuzurechnen. (I. 45 529/13.)

2. Der Jahresarbeitsverdienst im Sinne des § 1 Abs. 3 umfaßt nur den Entgelt für eine an sich nach dem VGfA. versicherungspflichtige Tätigkeit. (I. 60 288/13.)

Zu §§ 1 und 17. 1. Bei Schauspielern und sonstigen Angestellten, die ihr Gehalt nicht jährlich, sondern in kürzeren Zwischenräumen erhalten, aber nur für einen Teil des Jahres Gehalt beziehen, gilt als Jahresarbeitsverdienst im Sinne des § 1 Abs. 3 des Angestelltenversicherungsgesetzes die Summe der tatsächlich bezogenen Gehaltsraten.

Dagegen ist für die Zugehörigkeit zu den Gehaltsklassen der Jahresarbeitsverdienst nach § 17 Satz 1 des Angestelltenversicherungsgesetzes zu berechnen. Ergibt sich hiernach ein Jahresarbeitsverdienst von mehr als 5000 M., so gehört der Angestellte zur Gehaltsklasse J. (I. 17 126/12.)

2. Provisionen und Spesen, die ihrem Betrage nach erst nach gewissen Zeitabschnitten festgestellt werden, gehören zu den Bezügen im Sinne des § 17 Satz 2 des VAfG. Sie sind daher bei Feststellung der Gehaltsklasse zur Beitragsleistung für die Angestelltenversicherung in derjenigen Höhe anzusetzen, in der sie dem Versicherten im letzten Geschäftsjahre zugeflossen sind. War der Angestellte noch kein volles Geschäftsjahr bei demselben Arbeitgeber auf Provisionen bzw. Spesen oder auf Gehalt und Provisionen bzw. Spesen angestellt, so wird

a) wenn er noch auf Provisionen oder Spesen angewiesen ist, das ganze laufende Geschäftsjahr hindurch der mutmaßliche durch Schätzung zu ermittelnde Provisions- bzw. Spesenbetrag des laufenden Geschäftsjahres angesetzt;

b) erhält er dagegen neben Provisionen oder Spesen noch festes Gehalt, so kommt bis zum erstmaligen Provisions- bzw. Spesenbezug nur das feste Gehalt zum Ansatz und von da ab neben dem festen Gehalt der durch Schätzung zu ermittelnde mutmaßliche Provisions- bzw. Spesenbetrag des gesamten laufenden Geschäftsjahres.

Garantierte Mindestbeträge von Provisionen und Spesen gelten als festes Gehalt.

Die vorstehenden Grundsätze gelten nicht nur für den Ansatz von Provisionen und Spesen bei der Beitragsleistung, sondern auch bei der Feststellung des Jahresarbeitsverdienstes zur Prüfung der Versicherungspflicht im Sinne des § 1 Abs. 3 des VGfA.

Unberührt durch die vorstehenden Grundsätze bleiben die Regeln über die Berechnung desjenigen Teiles der Bruttospesen, die als Entgelt im Sinne des Gesetzes anzusehen ist. (I. 58 306/13.)

Zu § 2. Zum Entgelt im Sinne des Angestelltenversicherungsgesetzes gehören nur solche Bezüge, welche dem Versicherten für geleistete Arbeit gewährt werden. Entschädigungen, die ein Versicherter erhält, weil er vertragsgemäß eine bestimmte Beschäftigung nicht ausübt, bilden daher keinen Entgelt und sind dem Jahresarbeitsverdienst nicht hinzuzurechnen. (I. 7426/12.)

Zu § 15. 1. Ein Angestellter, der von der eigenen Beitragsleistung befreit ist, darf, wenn er die Versicherung gemäß § 15 freiwillig fortsetzen will, auch nur die halben Beiträge der gemäß § 18 in Frage kommenden Gehaltsklasse entrichten. (I. 61 779/13.)

2. Zur freiwilligen Fortsetzung der Versicherung gemäß § 15 genügt es nicht, wenn bloß eine versicherungspflichtige Beschäftigung ausgeübt wird, oder nur ein Beitrag für einen Teil des Monats entrichtet wird, vielmehr ist erforderlich, daß die Beiträge für mindestens 6 volle Beitragsmonate tatsächlich entrichtet sind, sofern nicht die für die Berechtigung zur freiwilligen Versicherung noch fehlenden Zeiten durch Ersatztatsachen belegt sind.

Auf volle Beitragsmonate verrechnete Konkursquoten gelten als volle Monatsbeiträge. (I. 53 538.)

Zu § 19. Der Eintritt in die freiwillige Höherversicherung kann dann nicht gestattet werden, wenn der Antrag nach vollendetem 25. Lebensjahre gestellt wird, und zwar gilt dies auch dann, wenn die Versicherungspflicht vorher streitig war. (I. F. 253/2.)

Zu § 60. § 60 VGfA. ist auf Selbstversicherer nicht anwendbar. (I. 36 647/13.)

Zu § 170. Für die Dauer der Gehaltszahlung besteht grundsätzlich Versicherungs- und demgemäß auch Beitragspflicht nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte. Hierbei wird von der Erfahrung ausgegangen, daß regelmäßig das Beschäftigungsverhältnis als solches während der Dauer der Gehaltszahlung fortbesteht, mag auch eine wirkliche Betätigung im Dienste des Arbeitgebers zeitweilig durch Urlaub, Ableistung militärischer Uebungen, vorzeitige Entlassung und dergl. wegfallen.

Im Falle vorzeitiger Entlassung eines Angestellten sind demgemäß, wenn noch bis zum Schluß der ursprünglichen Vertragszeit das Gehalt fortbezahlt wird, grundsätzlich die Beiträge bis zu diesem letzteren Zeitpunkt fortzuentrichten. Dies gilt sowohl dann, wenn die Gehaltszahlung für die Zeit nach der Entlassung seitens des Arbeitgebers auf Grund eines vom Angestellten erwirkten Zivilurteils, als auch dann, wenn sie ohne dies erfolgt. In Ausnahmefällen wird allerdings mit dem Aufhören der Dienstleistung im Falle vorzeitiger Entlassung auch das Beschäftigungsverhältnis als solches seinen Abschluß finden. Dazu genügt aber

Digitized by Google

nicht die einseitige Erklärung des Arbeitgebers, daß er auf die Dienste des Angestellten verzichte. Vielmehr bedarf es hierzu einer Vereinbarung beider Teile dahin, daß nicht nur die Tätigkeit des Angestellten für den seitherigen Arbeitgeber aufhören, sondern das gesamte Beschäftigungsverhältnis als solches vorzeitig aufgelöst sein solle. Eine solche Vereinbarung wird selten sein. Sie wird insbesondere dann anzunehmen sein, wenn der Angestellte nach der Entlassung noch vor Ablauf der ursprünglichen Vertragszeit einen neuen Dienst gegen Entgelt antritt. (I. P. 28/14.)

Zu § 365. 1. Als Zuschußkassen im Sinne des Versicherungsgesetzes für Angestellte können nach der Entstehungsgeschichte dieses Gesetzes nur Kassen in Wirksamkeit treten, deren Sitz sich im Inlande befindet. (I. 25 440.)

2. Eine eigentliche Anerkennung oder Zulassung einer Pensionskasse oder Fürsorgeeinrichtung als Zuschußkasse ist im Versicherungsgesetz für Angestellte zwar nicht vorgesehen. Die Reichsversicherungsanstalt muß jedoch besonders im Hinblick auf § 366 prüfen, ob und wann die Kasse oder Fürsorgeeinrichtung als Zuschußkasse in Wirksamkeit getreten ist. Dies ist nicht eher der Fall, als bis die Satzung den Vorschriften der §§ 365 ff. angepaßt und der Reichsversicherungsanstalt die Genehmigung der Satzungsänderungen durch die etwa zuständige Aufsichtsbehörde vorgelegt ist, und als bis die gesetzlichen Beiträge aus den Mitteln der Kasse entrichtet werden. (I. 8020.)

Zu § 370. Wohlfahrtseinrichtungen, die nur Selbsthilfeeinrichtungen der Angestellten ohne Beteiligung der Arbeitgeber sind, eignen sich nicht als Zuschußkassen. (I. 14 462/12.)

Zu § 372. Unter Versicherungseinrichtungen im Sinne des § 372 sind nur solche zu verstehen, die im Deutschen Reiche zum Geschäftsbetrieb zugelassen sind und im Sinne des Gesetzes über die privaten Versicherungsunternehmungen vom 12. Mai 1901 unter Staatsaufsicht stehen. (I. 14 461/12.)

Zu § 372 Abs. 4, § 398. Im Falle der Ablehnung eines Ersatzkassenantrages sind gemäß § 372 Abs. 4 VGfA. auch für verstorbene Versicherte, deren Hinterbliebenen satzungsgemäß Beiträge erstattet worden sind, die Beiträge mit Zinsen und Zinseszinsen insoweit nachzuzahlen, als nicht auch die Reichsversicherungsanstalt zur Beitragserstattung aus § 398 a. a. O. verpflichtet war. (I. 2407/14.)

Zu § 374. § 374 Abs. 1 ist dahin auszulegen, daß Angestellte, die gemäß § 390 von der eigenen Beitragsleistung befreit sind, mit den Arbeitgeberbeiträgen nicht der Ersatzkasse, sondern der Reichsversicherungsanstalt anzugehören haben. Dies gilt jedoch nur, wenn der Versicherungsvertrag nicht mit dem Lebensversicherungsunternehmen abgeschlossen ist, das als Ersatzkasse zugelassen wird. Letzterenfalls würde die Befreiung von der eigenen Beitragsleistung mit der Zulassung als Ersatzkasse gegenstandslos.

§ 374 Abs. 1 des VGfA. gilt gemäß § 388 Abs. 3 a. a. O. nicht für Knappschaftskassen oder Vereine, die als Ersatzkassen zugelassen sind. (I. 2383, Ia. 21 785.)

Zu § 393. § 393 des Versicherungsgesetzes für Angestellte ist wie folgt auszulegen:

1. Als Tatsachen, die als „andere Gründe" zum Fortfall der Befreiung von der Beitragsleistung führen, kommen in Betracht:

a) Die Abtretung der Rechte aus der Versicherung. Diese führt grundsätzlich zum Fortfall der Befreiung. Letztere besteht jedoch weiter, wenn die Abtretung an den Ehegatten oder die Kinder erfolgt, da auch in diesem Falle die Versicherung nach der Praxis des Rentenausschusses „für die Angestellten" geschlossen bleibt. Dasselbe gilt, wenn die Abtretung lediglich eine Sicherheitsübereignung darstellt.

Die Gesellschaften sollen grundsätzlich verpflichtet sein, eine Abtretung der Rechte der Reichsversicherungsanstalt anzuzeigen. Einer Anzeige bedarf es jedoch nicht, wenn die Abtretung an den Ehegatten oder an die Kinder erfolgt. Wohl aber bedarf es einer Anzeige, wenn die Abtretung eine Sicherheitsübereignung darstellt, da hier im Einzelfall noch eine Nachprüfung erforderlich ist.

b) Die Bestellung eines unwiderruflich Begünstigten, gemäß §§ 330 folg. BGB., § 166 BBG.

Hier gilt das zu a) Gesagte.

c) Die Umwandlung der Versicherung in eine prämienfreie. Hierunter ist der Fall zu verstehen, daß die Prämienzahlung seitens des Versicherten eigenmächtig eingestellt wird.

d) Ein Aufhebungsgrund im Sinne des § 393 liegt auch vor, wenn die Versicherung bedingungsgemäß vor der Auszahlung prämienfrei geworden ist (Versicherung mit abgekürzter Prämienzahlung).

Die Reichsversicherungsanstalt verkennt nicht, daß der letztgenannte Fall anscheinend durch den Wortlaut des § 393 nicht gedeckt wird. Ihre Stellungnahme stützt sich auf die in der Begründung zum Ausdruck gelangte Absicht des Gesetzgebers, die im Hinblick auf die in mehrfacher Hinsicht nicht einwandfreie Fassung des § 393 zu dessen Auslegung herangezogen werden muß. Die endgültige Entscheidung der Frage wird von der Stellung abhängen, die das Oberschiedsgericht in einigen derzeit dort anhängigen Sachen einnehmen wird. Unbeachtlich und kein Aufhebungsgrund im Sinne des § 393 ist jedoch der Fall, daß die Dividende die Tarifprämie erreicht oder übersteigt, und

Digitized by Google

daß aus diesem Grunde die Prämienentrichtung entfällt.

Keinen Fortfall begründet weiter die Beleihung und Verpfändung bzw. Pfändung sowie die bereits oben erwähnte Sicherheitsübereignung.

Zu erwähnen ist noch, daß die Auszahlung der Versicherungssumme im Falle der abgekürzten Lebensversicherung den Ablauf der Versicherung bedeutet und daher der Reichsversicherungsanstalt anzuzeigen ist, sowie daß die Reduktion der Versicherung die teilweise Aufhebung bedeutet und der Reichsversicherungsanstalt ebenfalls mitzuteilen ist.

2. Bei Prüfung der Frage, wann die Versicherungen als „aufgehoben" zu betrachten sind, ist zu berücksichtigen, daß nach den Versicherungsbedingungen der Gesellschaften dem Versicherten das Recht zusteht, die von der Gesellschaft gekündigte Versicherung innerhalb einer gewissen Frist durch eine einseitige Willenserklärung wieder in Kraft zu setzen. Die Frage kommt also darauf hinaus, ob die Wiederaufnahme der Prämienzahlung als neuer Versicherungsvertrag anzusehen ist oder nicht. Bezüglich dieser Frage haben die Reichsversicherungsanstalt und der Rentenausschuß bisher den Standpunkt eingenommen, daß kein neuer Vertrag vorliegt, wenn die Wiederaufnahme erfolgt war, solange dem Angestellten einseitig das Recht zustand, die Versicherung wieder in Kraft zu setzen. Nach Ablauf dieser Frist — insbesondere aber stets, wenn die Wiederinkraftsetzung von der Beibringung eines Arztattestes abhängig war — bedeutet die Wiederinkraftsetzung einen neuen Vertrag.

Demnach liegt eine Aufhebung der Versicherung stets vor, wenn die Wiederaufnahme der Versicherung an die Einwilligung der Versicherungsgesellschaft geknüpft ist. Ist daher die Frist abgelaufen, binnen welcher der Versicherte durch eine einseitige Willenserklärung die Versicherung wieder in Kraft setzen kann, so ist der Fortfall der Befreiung endgültig.

Daher ist der Reichsversicherungsanstalt die Anzeige von der Aufhebung der Versicherungsverträge zu erstatten, sobald jener Zeitpunkt eingetreten ist.

3. Die im § 393 erwähnte Anzeige muß von der Reichsversicherungsanstalt ausgehen, der es jedoch kaum möglich sein wird, die Anzeige noch im Jahre 1913 zu bewirken. Die Reichsversicherungsanstalt nimmt aber an, daß, wenn die Versicherung schon vor der Anzeige abgelaufen pp. war, ihr dies jedenfalls nach Empfang der Anzeige mitgeteilt wird.

Zu § 395. Mitglieder von Ersatzkassen können die Wartezeit bei der Reichsversicherungsanstalt nicht abkürzen. (I. 60 692/13.)

Sprechsaal.

Ein Ersatzmann scheidet aus dem Ausschuß erst aus, wenn er in den Vorstand eintritt.

Uns ist Abschrift einer Mitteilung des Versicherungsamts Duisburg zugegangen, wonach das Oberversicherungsamt sich dahin ausgesprochen hat (Tgb. K 2327): daß die Bestimmung in § 327 RVO., nach der ein Ausschußmitglied mit dem Augenblicke der Wahl in den Vorstand aus dem Ausschuß kraft Gesetzes ausscheidet, auch auf die Ersatzmänner Anwendung finden müsse, da auch diese in den Vorstand gewählt seien. Ob sie die Tätigkeit eines Vorstandsmitgliedes ausüben oder nicht, könne hierbei nicht ins Gewicht fallen.

Diese Aeußerung stellt die Dinge auf den Kopf. Wir haben schon in der Auskunft in Heft 13 S. 319 Ziff. 12 auf § 19 der Musterwahlordnung hingewiesen, wonach im Bedarfsfall als Ersatzmänner eintreten: „Die noch nicht gewählten Bewerber". Ueberdies aber würde es für die Anwendung des § 327 RVO. nach Sinn und Zweck der Vorschrift nicht einmal entscheidend sein, wenn wirklich die Ersatzmänner schon vor ihrer Einberufung als bereits in den Vorstand „gewählt" anzusehen wären. Sonst müßten auch diejenigen Ausschußmitglieder, die gemäß § 80 der Mustersatzung für OKKn. im November zu Vorstandsmitgliedern für das neue Geschäftsjahr „gewählt" werden, alsbald, also noch vor Beginn ihres Vorstandsamtes, aus dem Ausschuß ausscheiden. Das wäre offenbar sinnwidrig. Infolge der Wahl scheidet ein Ausschußmitglied erst aus, sobald es dem Vorstand angehört.

Wann endigt die Tätigkeit des vom Versicherungsamte nach § 329 RVO. bestellten Vertreters des Vorsitzenden der Ortskrankenkasse?

Diese Frage wird bei der anläßlich des Inkrafttretens des 2. Buches der RVO. verhältnismäßig nicht unerheblichen Zahl gemäß § 329 bestellter Vorsitzender oft praktische Bedeutung gewinnen. Abgesehen vom Tode wird die Tätigkeit eines solchen Vorsitzenden aus folgenden Gründen ihr Ende finden:

1. Der natürlichste ist der, daß sich die Arbeitgeber und die Versicherten im Vorstande nachträglich einigen. Wenn dann in einer dazu bestimmten, ordnungsgemäß einberufenen Vorstandssitzung nach den Vorschriften des § 328 RVO. eine Wahl zustande gekommen ist, tritt der Vertreter selbstverständlich ab; denn er hat ja, wie in Abs. 2 § 329 RVO. ausdrücklich betont wird, nur „bis zu einer gültigen Wahl die Rechte und Pflichten des Vorsitzenden auszuüben".

2. Der nächste Fall ist der Ablauf der Amtsdauer des Vorstandes. Nach § 16 Abs. 1 der RVO. beträgt die Wahlzeit aller gewählten Organe der Versicherungsträger 4 Jahre. Demgemäß muß nach Verstreichen dieser Zeit der Ausschuß neu gewählt werden, und von diesem nach § 355 RVO. der Vorstand. Bis dieser neue Vorstand formgerecht seinen neuen Vorsitzenden aus seiner Mitte gewählt hat, solange führt der bisherige „Vertreter" noch die Geschäfte der Kasse (§ 16 Abs. 2 RVO.). Kommt wiederum keine Wahl gemäß § 328 zustande, so bleibt der Vertreter nicht etwa ohne weiteres in seinem Amte,

Digitized by Google

sondern es hat wieder das Verfahren des § 329 RVO. einzugreifen, und es bedarf erneuter Bestellung eines Vertreters. Dabei ist das Versicherungsamt selbstverständlich in der Auswahl vollkommen frei, wenngleich es aus Gründen der Zweckmäßigkeit in der Regel den bisherigen Vertreter beibehalten wird. — Sollten etwa beide Gruppen des Vorstandes ihn selbst gern weiterbehalten und zum Vorsitzenden wählen wollen, so wäre dies nur angängig, falls der Vertreter dem Vorstande angehört (§ 328).

3. Den dritten Anlaß bildet die durch ein ordentliches Gericht erfolgte rechtskräftige Verurteilung zu einer Zuchthausstrafe; denn nach § 31 des Strafgesetzbuches hat eine solche die dauernde Unfähigkeit zur Bekleidung öffentlicher Aemter von Rechts wegen zur Folge. Dieselbe Wirkung hat auch der rechtskräftig ausgesprochene Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte (§ 32 StrGB. vgl. §§ 12 Abs. 2, 23 Abs. 2 RVO.). Das Amt eines gewählten Vorsitzenden ist auf jeden Fall ein Ehrenamt (§ 21 RVO.), das eines bestellten Vorsitzenden nicht minder, mag dieser auch sonst ein Beamter des Staates oder der Gemeinde sein. Es wird daher von den Verwirkungen der §§ 31, 32 StrGB. mitergriffen.

4. Das Versicherungsamt ist in der Lage, den Vorsitzenden seines Amtes zu entheben. Das Nähere darüber bestimmt § 24 RVO. Hier ist zwar nur von den Gewählten die Rede, doch wird man die Vorschriften auf die ernannten Mitglieder von Organen ausdehnen müssen, da ja z. B. der bestellte Vorsitzende, abgesehen von einer Ausnahme, Rechte und Pflichten wie ein gewählter ausübt. Wer in solcher Eigenschaft die Wählbarkeit zu einem Ehrenamte der RVO. verliert, daß er strafgerichtlich verurteilt wird (§ 12 Abs. 2 Ziff. 1 RVO. s. auch oben unter 3), oder daß er infolge gerichtlicher Anordnung in der Verfügung über sein Vermögen beschränkt wird, durch Konkurseröffnung, Pflegerbestellung usw., dem entfallen damit die Voraussetzungen, überhaupt ernannt zu werden. Darum muß das Versicherungsamt ermächtigt sein, ihn durch Beschluß seines Amtes zu entsetzen. Desgleichen, wenn Tatsachen bekannt werden, welche die Vertrauenswürdigkeit für die Geschäftsführung ausschließen. Die RVO. geht in dieser Hinsicht weiter als ihre Vorgängerinnen, welche die bezeichnete Folge an „grobe Verletzungen der Amtspflicht" (§ 91 JVG., § 47 GUVG.) oder „grobe Verletzungen der Amtspflicht in bezug auf die Kassenführung" (§ 42 Abs. 2 KVG.) knüpfte. Was solche Tatsachen sind, das muß der Beurteilung im einzelnen Falle überlassen bleiben. Mit Recht betont Stier-Somlo (Anm. 2 zu § 24), daß die Vertrauenswürdigkeit eine moralische, aber auch finanzielle, technische bzw. allgemein geistige oder intellektuelle sein kann. Hahn (Anm. 2 zu § 24) führt außerdem an, daß, während politische und religiöse Betätigung außerhalb des Dienstes nicht in Betracht zu ziehen seien, Mißbrauch dienstlicher Beziehungen zu unzulässigen Beeinflussungen in dieser Richtung, wenn er schwer genug sei, das Vertrauen in eine unparteiische Geschäftsführung erschüttere und dann als Enthebungsgrund hinreichen könne. Ebenso Mißbrauch der Amtsstellung zu unsittlichen Zwecken, insbesondere etwa gegenüber weiblichen Angestellten, auch pflichtwidriges Unterlassen, z. B., wenn der Vorsitzende Unterschlagungen des Kassenführers verheimlicht (Sächs. OVG. bei Reger, Bd. 29 S. 571). Beistimmung verdient endlich seine Bemerkung, daß selbst ein ernstlich zu mißbilligendes Verhalten nicht immer gleich die Vertrauenswürdigkeit ausschließt, wenn es nicht durch seine Schwere oder durch Wiederholung eine mit geordneter Geschäftsführung unvereinbare Unzuverlässigkeit des Charakters enthülle. Daher sind auch außerdienstliche Verfehlungen zu berücksichtigen, und die Pflichtverletzungen können, wie in der bei Hanow (Anm. 4 zu § 24) erwähnten Reichsgerichtsentscheidung (XIX S. 171) bereits früher begangen sein. Ist der bestellte Vorsitzende ein Beamter des Staates oder der Gemeinde, und wird er im Disziplinarwege wegen Tatsachen, die seine Vertrauenswürdigkeit als Beamter ausschließen, von seinem Amte entfernt, so muß ihn das Versicherungsamt deshalb ebenfalls vom Amte als Vorsitzender entheben; denn taugt er für ein anderes Amt nicht mehr, so noch weniger für das eines Vorsitzenden, der ein besonderes Vertrauen genießen muß. Dasselbe muß z. B. für Rechtsanwälte behauptet werden, die durch Urteilsspruch ihrer Standesgerichte aus dem Anwaltsstande ausgeschlossen worden sind. Soviel steht jedoch fest, daß eine Enthebung vom Amte aus anderen, als den im § 24 RVO. aufgezählten Gründen unzulässig ist; insbesondere nicht, weil sich etwa der Vorsitzende mit dem Versicherungsamte so ernstlich überworfen hat, daß an ein gedeihliches Zusammenarbeiten der beiden nicht mehr zu denken ist. So kurzerhand den Vertreter entlassen, wie es ihn ernennt, darf das Versicherungsamt keineswegs. Stets müssen die gesetzlichen Bedingungen erfüllt sein. Dennoch ist das Versicherungsamt m. E. von vornherein imstande, sich gegen solche Möglichkeiten zu sichern, wenn es den Vertreter auf Widerruf bestellt. Das wird sich zwar kaum empfehlen, und selten jemanden zur Uebernahme eines so „undankbaren Amtes", wie in der Reichstagskommission dargelegt wurde, verlocken, doch ist kein Grund zu ersehen, warum es nicht angängig sein sollte.

5. Endlich ist des freiwilligen Verzichtes durch Niederlegung seitens des Amtsinhabers zu gedenken. Während sonst der zu einem Ehrenamte der RVO. Gewählte bloß ablehnen kann, wenn einer der in § 17 RVO. aufgezählten Gründe in seiner Person vorliegt, besteht nach allgemeiner Auffassung (z. B. Hahn, Anm. 2b zu § 329, Hänel, Anm. 4 zu § 329) keine Pflicht, eine Bestellung zum Vorsitzenden anzunehmen. Daraus folgt auf der anderen Seite, daß, wer das Amt angenommen hat, es ohne besondere Voraussetzungen wieder niederlegen kann.

Rechtsanwalt Dr. W. Berthold in Großenhain bei Dresden.

Digitized by Google

Literarisches.

Wörterbuch des Deutschen Staats- und Verwaltungsrechts. Zweite Aufl., herausgegeben v. Prof. Dr. Fleischmann, Königsberg. 26. und 27. Lieferung. Tübingen 1913 bei J. C. B. Mohr. Preis der beiden Lieferungen 4 M.

Das von uns wiederholt rühmend angezeigte Werk (vgl. 1911 S. 93, 404, 502, 795), ein Nachschlagebuch ersten Ranges, schreitet nun allmählich seinem Abschluß zu. Die neuen Lieferungen enthalten wieder in knapper, klarer Darstellung reiche Belehrung über wichtige Gegenstände (von „Post" bis „Richter"). Wir heben nur beispielsweise hervor: Post und Telegraphie von Sydow-Scholz, Preußen, Verfassungsgeschichte und Behördenorganisation von Bornhak, Privatangestelltenversicherung von Bruck, Rechtshilfe von Grosch, Rechtsweg und Kompetenzkonflikt (für die größeren Bundesstaaten) von Stölzel, Schmitt, v. der Decken, v. Göz, Heinsheimer, v. Calker, Michaelis, Reichsverfassung, Reichsbehörden, Reichsfinanzen, Reichskanzler von Laband usw.

Gewerbe- und landwirtschaftliche Unfall-Versicherung. Von Dr. jur. Brandis, Amtsrichter a. D. und Dr. med. Prigge, Kreisarzt. Berlin-Lichterfelde 1914 bei Schulze & Co. XVI und 540 S. Preis 9 Mk.

Eine recht zweckmäßig gestaltete Handausgabe der Reichsversicherungsordnung mit Ausführungsbestimmungen, kurzen, aber klar gefaßten Erläuterungen und mit allerlei anderen, die Orientierung auf diesem Sondergebiete der Reichsversicherung und die Benutzung des Buches erleichternden Beigaben. Unter diesen ist besonders hervorzuheben die von Dr. Prigge bearbeitete gedrängte Wiedergabe des Inhalts der bis Ende Juli 1913 in den Amtlichen Nachrichten des Reichsversicherungsamts veröffentlichten Obergutachten und die im Reichsversicherungsamt gehaltenen Vorträge über die traumatische Entstehung von Leiden. Dies wichtige — systematisch geordnete — Material in Verbindung mit den überall auch dem Verständnis des Nichtjuristen angepaßten Anmerkungen von Dr. Brandis zum Text des Gesetzes macht das Buch namentlich auch zu einem für Aerzte geeigneten Handbuch.

Verwaltungsdienst der Krankenkassen. Von Helmut Lehmann. Berlin 1913, Formular-Verlag G. m. b. H. 390 S. Preis 5 Mk.

Dies „Handbuch des Rechtsstoffs und der Verwaltungspraxis der Krankenversicherung" zerfällt in sechs Hauptabteilungen: 1. Meldewesen, 2. Rechnungswesen, 3. Besorgung der Geschäfte der Invalidenversicherung, 4. Unterstützungswesen, 5. Statistik, 6. Hauptverwaltung. In jeder dieser Abteilung ist zunächst der „Rechtsstoff", d. h. das Wesentlichste aus den in Betracht kommenden gesetzlichen oder sonstigen Vorschriften mitgeteilt; dann folgt unter „Verwaltungsdienst" die Darstellung der praktischen Handhabung dieser Vorschriften. Die erst während des Drucks erschienenen Verordnungen über die Krankenversicherung im Wandergewerbe und im Hausgewerbe sind im Anhang abgedruckt. Besonders wertvoll erscheint uns die beigefügte Sammlung zahlreicher Formulare (183 Seiten!). — Von demselben Verfasser und in demselben Verlag ist auch eine gedrängte Darstellung des Verwaltungsdienstes unter dem Titel **„Rechnungsführung der Krankenkassen"** erschienen (Preis 50 Pf.). Sie beschränkt sich auf kurze Mitteilung des Wichtigsten über den Dienst in jenen sechs Abteilungen, und ferner auf den Abdruck der Bekanntmachung des Reichskanzlers über Art und Form der Rechnungsführung. — Der gleiche Verlag hält zahlreiche für den Kassendienst in Betracht kommende **Formulare aller Art** bereit, und erbietet sich auch zur Herstellung mit Abänderungen behufs Anpassung an die besonderen Bedürfnisse der einzelnen Kassen.

Jahrbuch des Reichsversicherungsrechts. In Verbindung mit Dr. Mentzel, Reg. Rat im Reichsversicherungsamt und Dr. Stöcker, Verwaltungsdirektor, herausgegeben von Hofrat Dr. Soergel, Jahrg. 1913. Verlag von W. Kohlhammer, 1914. Preis geb. 3 M.

Wir verweisen auf unsere Anzeige im vorigen Jahrgange S. 215. Wiederum ist die Rechtsprechung des Vorjahres (1913) vollständig berücksichtigt und in knappen, das Wesentliche treffenden Auszügen in der Paragraphenfolge der Gesetze mitgeteilt, immer unter Nachweis der Fundstellen der Entscheidungen. Die Literatur — in selbständigen Büchern und in Zeitschriften — ist in Uebersichten vor den einzelnen Abschnitten zusammengestellt und außerdem durch Hinweise bei den einzelnen Paragraphen berücksichtigt. Das alphabetische Wort- und Sachverzeichnis umfaßt beide bisher erschienenen Jahrgänge (1912 und 1913). Auch das neue Bändchen ist wieder ein wertvolles Hilfsbuch für den Praktiker.

Jahrbuch der Arbeiterversicherung für 1914. Nach amtlichen Quellen zusammengestellt und herausgegeben von Rechnungsrat P. Schindler, Bureauvorsteher im Reichsversicherungsamt, und Dr. Hans Götze, Syndikus der Glas-Berufsgenossenschaft. 3 starke Ganzleinenbände. Preis zusammen 12 Mark.. Verlag der Liebelschen Buchhandlung, Berlin W. 57, Kurfürstenstr. 164.

Das unsern Lesern wohlbekannte Jahrbuch, dessen 26. Jahrgang hier vorliegt, erfreut sich wegen seiner Brauchbarkeit und Zuverlässigkeit großer Beliebtheit, und die Anschaffung dieses wichtigen Hilfsmittels ist für alle bei der Durchführung der Arbeiterversicherung beteiligten Stellen sicherlich empfehlenswert. Wir geben nachstehend im Auszuge eine gedrängte Inhalts-Uebersicht des sehr reichhaltigen, gut ausgestatteten Jahrbuchs. Erster Teil: Gemeinsame Bestimmungen über die Kranken-, Unfall-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung. Statistische Notizen. Organisation der Versicherungsbehörden. Reichsversicherungsordnung. Verordnungen und Bekanntmachungen über gemeinsame Bestimmungen. Verschiedenes. Ver-

Digitized by Google

gleichende Uebersichten und Sachregister. Zweiter Teil: Unfallversicherung. Organisation der Versicherungsträger. Reichsversicherungsordnung. Unfallfürsorgegesetze. Verordnungen und Bekanntmachungen zur Durchführung der Unfallversicherung. Verschiedenes. Vergleichende Uebersichten und Sachregister. Dritter Teil: Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung. Organisation der Versicherungsträger. Reichsversicherungsordnung. Verordnungen und Bekanntmachungen zur Durchführung der Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung. Verschiedenes. Vergleichende Uebersichten und Sachregister nach dem Stande von Ende September 1913.

Was müssen die Arbeiter usw. und Arbeitgeber von der Gewerbe-Unfallversicherung wissen? Von Eisenbahn-Obersekretär Ferdinand Stember in Elberfeld. Selbstverlag. Preis 1 Mark.

Das Buch will in Kürze das Unfallversicherungsrecht mit den Beziehungen zur Kranken- und Invalidenversicherung erschöpfend darstellen, rückt zu diesem Zwecke die in der RVO. zerstreuten, innerlich aber zusammengehörigen Vorschriften zusammen und fügt ihnen, soweit nötig, klar gefaßte Erläuterungen bei. So wird es in der Tat geeignet sein, die Beteiligten über alles wesentliche zu unterrichten. Die handliche Form und der billige Preis (in größeren Partien 90 Pf.) lassen es zum Massenvertriebe geeignet erscheinen.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und recht deutlich zu schreiben.

Verpflichtung des Arbeitgebers zur Zahlung des Krankengeldes an die Kasse im Falle der Krankenhauspflege nach § 420 RVO.

1. **Nach Sterkeningen.** Antwort: Sind nach § 420 RVO. die Beiträge für das Mitglied einer Landkrankenkasse auf Antrag des Arbeitgebers ermäßigt, so muß dieser der Kasse das Krankengeld gemäß § 420 Abs. 2 Satz 2 erstatten, auch wenn es von der Kasse dem Kranken nicht gezahlt, diesem vielmehr von ihr Krankenhauspflege gewährt worden ist. Denn diese wird ja „an Stelle" und „anstatt" auch des Krankengeldes gewährt, wie die §§ 184, 429 besagen. (Vgl. Hahn, Handb. der Kr.-Vers., Anm. 2 zu § 420). Demnach muß der Arbeitgeber an die Kasse den Betrag zahlen, den der Versicherte an Krankengeld zu beanspruchen haben würde, wenn er nicht im Krankenhaus behandelt worden wäre.

Zurückziehung von Unterschriften unter Wahlvorschlägen.

2. **Nach M.** Antwort: Nach § 9 Ihrer Wahlordnung können bis zwei Wochen vor dem Wahltag Wahlvorschläge zurückgenommen werden. Entsprechend wird man bis dahin auch die Zurückziehung einzelner Unterschriften unter Wahlvorschlägen zuzulassen haben. Ist infolge solcher Zurückziehungen die erforderliche Zahl von Unterschriften nicht mehr erreicht, so ergibt sich hieraus ein Umstand, von welchem der Vorstand nach § 9 umgehend den Wahlvorschlagsvertreter Mitteilung zu machen hat; dergleichen Umstände können dann, gleichfalls noch bis zwei Wochen vor dem Wahltag, durch Nachbringung anderer Unterschriften beseitigt werden.

Wochengeld bei Totgeburten.

3. **Nach Königsberg-Nm.** Antwort: Die Frage, ob bei Totgeburten Wochengeld nach § 195 RVO. beansprucht werden kann, ist zu allgemein gestellt, da darunter verschiedene Dinge verstanden werden können. Die Entbindung oder Niederkunft setzt ein an sich lebensfähiges Kind voraus, mag es auch bei der Frühgeburt zugrunde gegangen oder in der Geburt zur Erhaltung des Lebens der Wöchnerin getötet worden sein. Auch in solchen Fällen ist Wochengeld zu gewähren. Dagegen liegt keine Niederkunft vor, wenn die Frucht schon im Mutterleib tot war. (Vgl. Hahn, Handb. der Kr.-Vers., Anm. 2 zu § 195).

Wieweit sind Abzüge vom Lohn des Dienstboten bei Krankenhauspflege zulässig?

4. **Nach Berlin-Steglitz.** Antwort: Nach § 436 RVO. kann die Herrschaft den Dienstboten „das Krankengeld" auf den Lohn anrechnen, d. h. selbstverständlich das reale Krankengeld, das der Dienstbote bekommt und nicht ein bloß gedachtes, das er im Falle der Krankenhauspflege nicht bekommt. Ein wirkliches Krankengeld ist aber das sogenannte Taschengeld, welches dem Dienstboten nach der Satzung neben der Krankenhauspflege zustehen kann (§ 194 Ziff. 2). Dieses also kann abgezogen werden. Ob die Herrschaft die Kosten des Ersatzdienstboten vom Lohn des Erkrankten abziehen kann, bestimmt sich nach Landesrecht. Für Preußen muß die Frage verneint werden für den Fall, daß der Dienstbote sich die Krankheit durch den Dienst oder bei Gelegenheit des Dienstes zugezogen hat, denn in diesem Falle darf ihm „nichts" vom Lohne abgezogen werden (§ 87 der Gesinde-Ordn.); im andern Falle gilt § 616 BGB. nach Art. 14 § 1 des Ausf.-Ges. zum BGB.

Digitized by Google

Kein Anspruch auf Krankengeld, wenn die Arbeitsunfähigkeit auch ohne die Krankheit bestehen würde.

5. **Nach Bünde.** Antwort: Wir vertreten den Standpunkt, daß Arbeitsunfähige, die sich weiter versichern, keinen Anspruch auf Krankengeld haben, wenn sie später erkranken. Nach § 182 wird Krankengeld gewährt, „wenn die Krankheit den Versicherten arbeitsunfähig macht." Diese muß also die Ursache der Arbeitsunfähigkeit sein. Bestand die letztere aber schon vorher, so fehlt es an dem ursächlichen Zusammenhang mit der Krankheit. (Vergl. Hahn, Handb. der Kr.-Vers., Anm. 6e zu § 182 RVO.)

Unzulänglichkeit des Vermögens einer geschlossenen Ortskrankenkasse zur Deckung der Schulden.

6. **Nach A.** Antwort: Die allgemeine Ortskrankenkasse, der die Mitglieder der geschlossenen Ortskrankenkasse überwiesen sind, ist dadurch nicht Rechtsnachfolgerin dieser Kasse geworden und hat daher für deren Schulden nicht aufzukommen. Wäre ihr gemäß § 303 RVO. ein Vermögensrest zu überweisen, so würde dieser sich um den Betrag der Schulden mindern. Reichte aber das Vermögen der geschlossenen Kasse zur Deckung ihrer Schulden nicht hin, so war es Sache des mit der Abwicklung der Geschäfte nach § 301 befaßten Vorstandes, die angemeldeten Ansprüche (§ 301 Abs. 2) nach den Grundsätzen des § 61 der Konkursordnung anteilig zu berichtigen. Zu vgl. Hahn, Kommentar zum KVG. Anm. 6a zu § 47. Begr. S. 194 zu § 317 des Entw. der RVO.

Für eine am 1. Januar 1914 ins Leben getretene Kasse ist ein Voranschlag erst für 1915 festzusetzen.

7. **Nach R.** Antwort: Die Vorschrift, daß die Kassen einen Voranschlag aufzustellen haben, § 321 Ziff. 6, § 345 Abs. 2 Ziff. 1), ist neu. Es liegt im Begriff und Wesen des Voranschlags, daß er vor Beginn des Geschäftsjahres aufzustellen ist, also vor dem 1. Januar (zu vgl. § 80 der Mustersatzg. für OKKn.). Dies wäre theoretisch auch angängig gewesen für eine erst am 1. Januar 1914 ins Leben getretene Krankenkasse; Vorstand und Ausschuß konnten, sobald sie gewählt waren, schon vor dem 1. Januar 1914 mit dieser zur Durchführung der RVO. dienenden Maßnahme befaßt werden (Art. 1 Einf.Ges.). Wir treten aber Ihrer Auffassung bei, daß wegen der Unsicherheit aller Unterlagen, insbesondere sogar der Zahl der Kassenmitglieder, die Aufstellung eines Voranschlags für 1914 nicht geboten ist, weil sie praktisch wertlos und nur irreleitend wäre. Entsprechend Ihrer Satzung ist daher ein Voranschlag erstmalig im November 1914 durch den Ausschuß festzusetzen.

Die Zugehörigkeit zu den Klassen des § 165 RVO. bestimmt sich nur nach der gegenwärtigen Beschäftigung.

8. **Nach Oldenburg.** Antwort: Für die Frage, ob Beschäftigte der einen oder der anderen der im § 165 RVO. bezeichneten Klassen angehören, kann nicht ihre frühere Stellung im Betriebe, sondern nur die gegenwärtige Art ihrer Beschäftigung, derentwegen ihre Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung (§ 176 Ziff. 1) in Frage steht, in Betracht kommen. Bei den im § 165 unter Ziff. 2 aufgeführten Personen handelt es sich immer um solche, die „nach der Art ihrer Tätigkeit nicht mehr zur Klasse der niederen, lediglich ausführenden Hilfsarbeiter gezählt werden können" (Anleitg. des RVA. v. 26. 4. 12, Ziff. 43). Die soziale Stellung, welche diese Personen als Ruhegehaltsempfänger auf Grund einer früheren (gehobenen) Stellung einnehmen, ist dabei ebensowenig in Rücksicht zu ziehen, wie etwa die soziale Stellung, die einem von ihnen nach seiner ganzen Lebenshaltung infolge eines Einkommens aus Kapitalvermögen zukommen würde. Demnach sehen wir alle in Frage stehenden Personen als Gehilfen (im Falle 9 als Arbeiter) an.

Erstattung der von der Gemeinde geleisteten Vorschüsse und schwebende Unterstützungsfälle bei der Schließung einer Gemeindekrankenversicherung.

9. **Nach Singen.** Antwort: Verbleibt nach Abwicklung der Geschäfte einer geschlossenen Gemeindekrankenversicherung ein Vermögensbetrag, so sind aus diesem zunächst die Vorschüsse zurückzuerstatten, die etwa die Gemeinde nach § 9 KVG. hat leisten müssen (Art. 14 Einf.Ges. zur RVO.). Nur der Ueberschuß, der dann noch verbleibt, ist den Kassen zu überweisen, auf die Mitglieder der bisherigen Gemeindekrankenversicherung übergegangen sind. Kranke Versicherte, die bei der Schließung der Gemeindekrankenversicherung arbeitsunfähig waren, gehen nur dann auf die neue Kasse über, wenn das Arbeitsverhältnis noch weiterbestand. In diesem Falle muß auch die Kasse die weitere Unterstützung übernehmen (Vgl. Hahn, Handb. der Kr.-Vers., Anm. 2 zu § 301 RVO.). Bestand aber das Arbeitsverhältnis nicht mehr, so hat die Gemeindekrankenversicherung den Unterstützungsfall im Abwicklungsverfahren zu erledigen. (Vgl. auch Arb.-Vers. 1914 S. 151 Ziff. 5 a). Die §§ 212, 300, 301 RVO. gelten auch für die Schließung der Gemeindekrankenversicherung.

Zahlung des vollen Wochenbeitrages trotz Gewährung von Krankenhilfe bei Arbeitsunfähigkeit.

10. **Nach H.** Frage: Nach § 383 RVO. sind bei Arbeitsunfähigkeit für die Dauer der Krankenhilfe keine Beiträge zu entrichten. Nach § 50 der Kassensatzung werden die Kassenbeiträge stets für volle Kalenderwochen erhoben. Beginnt oder endet nun die Krankenhilfe im Laufe der Woche, so daß in diese Zeit noch Tage ohne Krankenhilfe entfallen, muß dann für die Tage der Krankenhilfe der Beitrag abgesetzt werden, oder ist die Kasse berechtigt, für die Tage ohne Krankenhilfe den vollen Wochenbeitrag zu erheben?

Antwort: Nach der Satzung sind die Beiträge nachträglich zu entrichten. Infolgedessen brauchten Sie mangels besonderer abweichender Bestimmung für eine Woche, in welcher während der letzten Tage Krankenhilfe bei Arbeitsunfähigkeit gewährt wiro, nicht gezahlt zu werden. (Vergl. Hahn, Handb. der Kr.-Vers., Anm. 2 zu § 383 in Verbindung mit Anm. 4a zu § 397.) Nun enthält aber § 50 der

Digitized by Google

Satzung die Bestimmung, daß, falls die Mitgliedschaft sich nicht auf eine volle Woche erstreckt, dennoch ein voller Wochenbeitrag zu zahlen ist. Das wird entsprechend dann zu gelten haben, wenn zwar die Mitgliedschaft noch weiter besteht, jedoch für die Dauer der Krankenhilfe nach § 397 RVO. keine Beiträge zu entrichten sind. Danach muß der volle Wochenbeitrag entrichtet werden, sofern auch nur ein Tag der Woche beitragspflichtig war, und zwar auch dann, wenn es der erste in der Woche war. (Vergl. Hahn hier S. 141 gegen die Entscheidung des RVA. das. S. 139.)

a) Besondere Beitragsstufe für Dienstboten. b) Unterscheidung zwischen Lehrling und Schüler. c) Freiwillige Weiterversicherung von Lehrlingen.

11. **Nach K.** Antwort: a) Gewiß kann von § 384 Abs. 1 RVO. Gebrauch gemacht werden, um die Dienstboten und ihre Arbeitgeber nicht unbillig zu belasten. Aber das Gesetz hat, indem es die Abstufung der Beiträge nach Erwerbszweigen und Berufarten zuläßt, eine allgemeine Maßnahme im Auge, die weder zur Bevorzugung noch zur Benachteiligung einer einzelnen Berufsart führen darf. Soll also von der Vorschrift zugunsten der Dienstboten Gebrauch gemacht werden, so würden einerseits alle einer erheblich höheren Erkrankungsgefahr ausgesetzten Erwerbszweige und Berufsarten höher zu veranlagen sein und es dürften anderseits Erwerbszweige und Berufsarten, bei denen die Erkrankungsgefahr nicht höher ist als bei den Dienstboten, von entsprechender billiger Berücksichtigung nicht ausgeschlossen werden. Darauf hätte das Oberversicherungsamt zu achten (§ 384 Abs. 4).

b) Töchter aus wohlhabenden Familien, welche die Schneiderei bei einer Kostümnäherin nicht zur Vorbereitung für einen Beruf, sondern für die eigene Häuslichkeit erlernen, sind nicht Lehrlinge, sondern Schülerinnen der Schneiderin; sie sind also nicht versicherungspflichtig. Zu vgl. über diese Unterscheidung Hahn, Handb. der Kr.-Vers. S. 168 Anm. 8 zu § 165 RVO.

c) Die Versicherung wird auf Grund des § 313 nur so fortgesetzt, wie sie bisher bestand, also bei Lehrlingen ohne Entgelt nur mit der Beschränkung aus § 494.

Berechnung des Tagesverdienstes zur Ermittlung des Grundlohns.

12. **Nach Königsberg i. Pr.** Antwort: Ueber die zu beachtenden Grundsätze verweisen wir im allgemeinen auf die im Heft 6 S. 137 abgedruckte Entscheidung des Reichsversicherungsamts. Danach ist, wenn der Lohn nicht für den einzelnen Arbeitstag, sondern für größere Zeitabschnitte bemessen wird, der Tagesverdienst so zu berechnen, daß die Lohnsumme durch die Zahl der in den Zeitabschnitt fallenden wirklichen Arbeitstage geteilt wird. Dieser im allgemeinen zu beachtende Grundsatz steht aber unseres Erachtens einer gewissen, durch Rücksichten der Zweckmäßigkeit gebotenen Abrundung nicht entgegen. Es kann vernünftigerweise der Monatslohn solcher Personen, die täglich arbeiten, nicht bald mit 28 oder 29, bald mit 30 oder 31 Tagen geteilt werden, und es hat sich daher die Praxis herausgebildet, in solchen Fällen allgemein durch 30 zu teilen, was auch das preuß. OVG. gebilligt hat (Arb.-Vers. 1910 S. 595, besonders Schlußabsatz S. 596). Da auch die Zahl der einzelnen Kalendervierteljahre ungleich ist, rechtfertigt sich entsprechend bei Bemessung des Lohns nach Vierteljahren auch die Teilung durch 90 und ferner bei Bemessung des Lohns nach Jahresbeträgen die Teilung durch 360 statt durch 365 oder 366. Es wird ja wohl auch praktisch nur äußerst selten vorkommen, daß ein auch an Sonn- und Festtagen zur Arbeit Verpflichteter nicht mindestens fünf dienstfreie Tage im Jahr hat. Aus gleichen Erwägungen halten wir die Praxis, bei solchen Versicherten, die an Sonn- und Feiertagen nicht zu arbeiten haben, den Monatslohn mit 25, den Jahreslohn mit 300 zu teilen, für sachgemäß und zulässig.

a) Uebertritt in eine niedere Klasse. b) Verlust freiwilliger Mitgliedschaft durch Zahlungssäumnis.

13. **Nach Nw.** Fragen: a) Nach § 313 Abs. 1 RVO. können Mitglieder, die auf Grund eines früheren versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses freiwillige Mitglieder der Kasse geworden sind, in eine niedere Klasse oder Lohnstufe eintreten. Gilt dies auch für Mitglieder, die schon vor dem Inkrafttreten der RVO. freiwillige Mitglieder der Kasse waren, oder ist der § 313 RVO. nur auf Mitglieder anzuwenden, die erst nach dem 1. Januar 1914 auf Grund versicherungspflichtiger Beschäftigung freiwillige Mitglieder der Kasse geworden sind?

b) Nach § 49 Abs. 2 unseres Statuts müssen die freiwilligen Mitglieder ihre Beiträge monatlich im voraus bezahlen. Als Zahlungstermin gilt der erste Montag im Monat. Ein Mitglied erkrankte am 13. März, ohne die Beiträge für März bezahlt zu haben. Der zweite Zahlungstermin resp. der letzte Tag zum Einzahlen der Märzbeiträge war der 6. April. Bei der Gesundmeldung am 16. April wurde dem Mitgliede, das jetzt die Beiträge zahlen wollte, gesagt, daß nach § 10 Abs. 4 b die Mitgliedschaft erloschen sei, da es die beiden ersten Wochen im März nicht gezahlt habe und der Zahlungstermin nun verstrichen sei. Ist unsere Handlungsweise die richtige, oder hebt die Krankheit den zweiten Zahlungstermin auf?

Antwort: a) § 313 RVO. ist nach Art. 5 Einf.Ges. an die Stelle des § 27 KVG. Die frühere Mitgliedschaft auf Grund des § 27 KVG. gilt daher seit dem 1. Januar wie eine Mitgliedschaft auf Grund des § 313 RVO. Folglich ist auch der Uebertritt in eine niedere Klasse zulässig.

b) Im Sinne des § 314 RVO. müssen zwei Zahltage und zwar für zwei Beitragsperioden versäumt sein; es genügt zum Erlöschen der Mitgliedschaft nicht, daß der Beitrag für März weder Montag den 2. März noch Montag den 6. April bezahlt wurde, sondern es müßte am 6. April auch noch ein weiterer Beitrag fällig gewesen sein. Dies war aber nicht der Fall, wenn der Versicherte damals nicht nur krank, sondern auch arbeitsunfähig war.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Dippe; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe; Geh. Regierungsrat Professor Dr. Laß, Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Rat Dr. Olshausen; Geheimrat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1066 der ganzen Folge

31. Jahrgang | **1. Juni 1914** | **Heft 16**

Nochmals: Die Ersatzansprüche der Krankenkassen wegen unterlassener Anmeldung nach § 50 KVG.

Vom Geheimen Justizrat **Hahn** in **Zehlendorf** (Berlin).

Die Ausführungen von Hoffmann im Heft 15, S. 345 ff., klären die streitige Frage sehr dankenswert in den wichtigsten Punkten, erscheinen mir aber nicht zutreffend, soweit es sich um die Abgrenzung der zeitlichen Herrschaft des § 50 KVG. handelt. Die Vorschrift hat mit dem Inkrafttreten des zweiten Buches der RVO., also mit Ablauf des 31. Dezember 1913, ihre Geltung verloren (Art. 5 Einf.-Ges. zur RVO.) Ein Ersatzanspruch aus § 50 KVG. kann daher vom 1. Januar 1914 ab nur noch in Frage kommen, wenn er vorher bereits begründet war. Begründet aber wurde ein solcher Anspruch nicht schon durch das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis, auch nicht durch die Versäumung der gebotenen Anmeldung, sondern erst dadurch, daß bei Fortdauer dieser Versäumnis ein Unterstützungsfall eintrat: Der säumige Arbeitgeber hatte nach § 50 alle Aufwendungen zu erstatten, welche „eine Gemeindekrankenversicherung oder eine Ortskrankenkasse auf Grund gesetzlicher oder statutarischer Vorschrift in einem vor der Anmeldung durch die nicht gemeldete Person veranlaßten Unterstützungsfalle gemacht hat." Dabei ist ein Unterstützungsfall als „veranlaßt" anzusehen in dem Zeitpunkt, in welchem der Versicherte den Anspruch auf Kassenleistungen erheben konnte, also nicht etwa erst in dem Zeitpunkt, in welchem er den Anspruch tatsächlich erhoben oder gar in welchem die Kasse die Leistungen gewährt hat (Entsch. d. bad. VGH. in Arb.-Vers. 1905, S. 145). Folglich entstand auch der Ersatzanspruch der Kasse gegen den meldesäumigen Arbeitgeber mit dem Eintritt des Unterstützungsfalls, nicht später, aber auch nicht früher. Es ist nun anerkannt, „daß ein Tatbestand, der aus mehreren, zeitlich aufeinanderfolgenden einzelnen Tatsachen sich zusammensetzt, dem Rechte der Zeit angehört, in welcher der Tatbestand sich vollendet" (Motive zum BGB. I, S. 21). Mithin konnte auch ein Anspruch aus § 50 KVG. nur entstehen, wenn alle seine rechterzeugenden Voraussetzungen noch unter der Herrschaft des früheren Rechts, d. i. vor dem 1. Januar 1914, eingetreten waren. Es ist also unrichtig, wenn Hoffmann meint, der § 50 gelte noch in vollem Umfange, „soweit es sich um Beschäftigungsverhältnisse handelt, deren Beginn in die Zeit vor dem 1. Januar 1914 fällt", und die Kasse könne in solchen Fällen vollen Ersatz verlangen, und zwar auch dann, wenn die dreitägige Meldefrist bereits in die Zeit nach dem 1. Januar 1914 übergreift", weil schon „in dem Augenblick, wo die Anmeldung unterlassen wird", die Ersatzforderung der Kasse in vollem Umfang entstehe. Die Unterlassung für sich allein begründet nur eine einzelne Voraussetzung und damit die Möglichkeit einer Ersatzforderung, wenn bei Fortdauer der Unter-

Digitized by Google

lassung ein Unterstützungsfall eintritt, für den die Kasse aufzukommen hat. Nur wenn auch der Unterstützungsfall noch vor dem 1. Januar 1914 eingetreten war, ist daher ein Ersatzanspruch gegen den Arbeitgeber begründet, dann aber freilich auch für die über den 31. Dezember 1913 hinaus dauernde Unterstützungszeit; denn der einmal begründete Unterstützungsfall besteht in den gesetzlichen oder satzungsmäßigen Grenzen fort, so lange das Fürsorgebedürfnis fortdauert, und er umfaßt dann nicht nur die erstmals aufgetretenen, sondern alle in unmittelbarer Folge etwa noch sich anschließenden anderen Krankheitserscheinungen (zu vgl. Entsch. des bad. VGH. bei Reger, 28, S. 259).

Soweit hiernach ein Ersatzanspruch der Kasse aus § 50 KVG. noch jetzt materiell begründet ist, fragt es sich weiter, vor welchen Behörden und in welchen Prozeßformen er geltend zu machen und zu verfolgen ist. Dabei ist zwischen Ansprüchen, die vor dem 1. Januar 1914 bereits anhängig geworden sind und solchen Ansprüchen zu unterscheiden, die erst später anhängig gemacht werden. Hier ist der Auffassung Hoffmanns in allen Punkten beizutreten — gegen die Meinung von Astfalck (Arb.-Vers. 1914, S. 231), der die Ansprüche aus § 50 KVG. als Ansprüche auf „Leistungen aus der Krankenversicherung" gemäß § 1636 ff. RVO. zum Spruchverfahren verweisen will, und zwar auch die erst anhängig zu machenden Ansprüche. Diese Meinung ist durch die Anmerkung der Schriftleitung auf S. 233 widerlegt, aber dort ist, wie in der Auskunft, S. 127, Ziff. 1 a, anderseits eine Lücke des Gesetzes angenommen worden hinsichtlich derjenigen Fälle, in denen die Ersatzforderung der Kasse erst unter der Herrschaft der RVO. anhängig gemacht werden soll, und es ist daran festgehalten worden, daß es einen Weg zur Geltendmachung solcher Ansprüche überhaupt nicht gebe. Richtig ist daran nur, daß ein besonderer Weg für die Geltendmachung solcher Ansprüche nicht vorgesehen ist, da § 58 Abs. 1 KVG. seit dem Inkrafttreten des neuen Rechtes nicht mehr gilt und die RVO. Ersatzansprüche der fraglichen Art überhaupt nicht kennt, also auch ihre Zuständigkeits- und Verfahrensbestimmungen für solche Ansprüche nicht gelten können. Hier weist Hoffmann den richtigen Weg: die Ansprüche sind durch Klage beim ordentlichen Gericht (ohne Vorentscheidung) geltend zu machen. (Ebenso: Versicherungsamt Berlin, Monatsschr. f. Arb.- und Angest.-Vers. 2 Sp. 348). Denn wem das Gesetz einen Anspruch gibt, dem gibt es auch die Mittel, ihn zur Geltung zu bringen, und dieses Mittel ist im § 13 des Gerichtsverfassungsgesetzes bezeichnet, wonach vor die ordentlichen Gerichte alle bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten gehören, für die nicht die Zuständigkeit von Verwaltungsbehörden oder Verwaltungsgerichten begründet ist, oder reichsgesetzlich besondere Gerichte bestellt oder zugelassen sind. Ein „bürgerlicher" Rechtsstreit im Sinne dieser Vorschrift liegt zweifellos vor, da es sich um einen rein vermögensrechtlichen, wenngleich auf öffentlich-rechtlichem Grunde erwachsenen Anspruch handelt.

Zur Anwendung des § 174 RVO.

Vom Wirklichen Geheimen Ober-Regierungsrat Dr. **Hoffmann** in **Berlin.**

Der § 174 RVO. lautet:

„Auf Antrag des Arbeitgebers werden von der Versicherungspflicht befreit

1. Lehrlinge aller Art, solange sie im Betrieb ihrer Eltern beschäftigt sind,
2. Personen, die bei Arbeitslosigkeit in Arbeiterkolonien oder ähnlichen Wohltätigkeitsanstalten vorübergehend beschäftigt werden."

Die Vorschrift bezieht sich also auf die Befreiung der Lehrlinge und der Arbeiterkolonisten von der Krankenversicherungs-

Digitized by Google

pflicht. Soweit es sich um die Lehrlinge handelt, ist der Entwurf vom Reichstage erheblich geändert worden. Nach dem Entwurf hatte der jetzige § 174 als § 189 folgenden Wortlaut.

„Lehrlinge sind von der Versicherungspflicht auf Antrag des Arbeitgebers zu befreien, solange er ihnen einen Anspruch auf Krankenhauspflege (§ 199 Abs. 1) mindestens von der gesetzlichen Dauer der Krankenhilfe (§ 198) sichert.

Das gleiche gilt für Personen, die bei Arbeitslosigkeit in Arbeiterkolonien oder ähnlichen Wohltätigkeitsanstalten vorübergehend beschäftigt werden.

Dabei gelten die §§ 187, 188 entsprechend".

In der Reichstagskommission war man der Meinung, daß es bedenklich sei, kleinen Handwerksmeistern die Möglichkeit zur Befreiung der von ihnen beschäftigten Lehrlinge an die Hand zu geben, da dadurch für sie sehr empfindliche Lasten entstehen könnten. Grundsätzlich müßten alle Lehrlinge, auch wenn sie ein Entgelt nicht erhielten, dem Versicherungszwange unterworfen bleiben. Nur in einem Falle bestehe für die Versicherungspflicht kein Bedürfnis, nämlich wenn der Lehrling beim eigenen Vater in der Lehre stehe; Komm. Ber. z. RVO. 2. Teil S. 40, 41 Abs. 1.

Allgemein ist für die Anwendung des § 174 zu beachten, daß dem Antrage des Arbeitgebers entsprochen werden muß. Denn der Ausdruck „werden . . . befreit" ist gleichbedeutend mit dem Ausdrucke des Entwurfs „sind . . . . zu befreien". Daß ein solcher Zwang für die über die Befreiung entscheidende Behörde (§ 175) besteht, geht auch z. B. aus der Entstehungsgeschichte der §§ 170, 171 hervor, wo ausdrücklich festgestellt wurde, daß die oberste Verwaltungsbehörde verpflichtet sei, bei öffentlichen Körperschaften die Befreiung der Beschäftigten auszusprechen, wenn die Voraussetzung für die Befreiung gegeben sei; vgl. Komm. Ber. z. RVO. 2. Teil S. 23 ff. Auch die Worte in den §§ 240, 255, 256 „wird . . . zugelassen" werden allgemein so aufgefaßt, als ob den bestehenden Krankenkassen der bezeichneten Art ein Anspruch auf Zulassung zustehe. Der Nachweis, daß der Lehrling in Krankheitsfällen versorgt sei, darf nicht gefordert werden, auch ist die Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers nicht nachzuprüfen. Die Stellung des Antrags genügt. Wird die Befreiung nicht nachgesucht, so tritt die Versicherung ein. Befreit werden können Lehrlinge „aller Art". Dieser Ausdruck ist der bisherigen Gesetzgebung und auch der Invalidenversicherung nach dem 4. Buche der RVO. fremd. Bereits in der Anleitung des Reichsversicherungsamtes über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen vom 26. April 1912 Ziff. 39 wird auf diesen Unterschied aufmerksam gemacht. Dort heißt es:

„Ob ein Beschäftigter Lehrling ist, kann für die Bemessung der Leistungen und der Beiträge (§§ 150, 179 bis 181, 471, 480, 494, 1246 Abs. 2 Nr. 1), für die Krankenversicherung auch deshalb Bedeutung haben, weil Lehrlinge auch bei unentgeltlicher Beschäftigung versicherungspflichtig sind (§ 165 Abs. 2), anderseits aber von der Versicherungspflicht befreit werden können (§ 174 Nr. 1). Als Lehrling ist anzusehen, wer zum Zwecke seiner Fachausbildung in ein Beschäftigungsverhältnis getreten ist. Ein Lehrvertrag ist ebensowenig wesentlich wie die Verabredung eines Lehrgeldes. Auch weibliche Personen (Lehrmädchen) gehören hierher.

In der Krankenversicherung erstreckt § 165 Abs. 2 die Versicherungspflicht auf unentgeltlich beschäftigte „Lehrlinge aller Art". Diese Ausdrucksweise soll nach den Verhandlungen der Reichstagskommission (Verhandlungen des Reichstags XII. Legislaturperiode II. Session 1909/1911, Anlagen S. 4530, 4531) klarstellen, daß auch Lehrlinge, die zu anderen Personengruppen als den in Nr. 1 und 3 des § 165 bezeichneten gehören, bei unentgeltlicher Beschäftigung versicherungspflichtig sind. Demnach werden auf dem Gebiete der Krankenversicherung auch junge Leute, die sich im niederen Bureaudienst aus-

Digitized by Google

bilden, wie früher (vgl. § 1 Abs. 1 Nr. 2a des KVG.) als Lehrlinge gelten müssen. In der Invalidenversicherung wurde dies bisher nicht angenommen (E. 1288, AN. 1906 S. 643: Kataſterzöglinge); denn hier war der Lehrlingsbegriff nur im Gebiete des Gewerbes, einſchließlich des Handelsgewerbes, ſowie etwa noch in der Landwirtſchaft anwendbar. Ob an dieſer Auffaſſung fortan gegenüber der Erwägung, daß die RVO. ferner die möglichſt weitgehende Gleichheit der unter die Krankenverſicherung und die Invalidenverſicherung fallenden Perſonenkreiſe anſtrebt, feſtzuhalten iſt, muß der Rechtſprechung überlaſſen bleiben."

Eine Entſcheidung über den Begriff „Lehrlinge aller Art" hat das RVA. noch nicht getroffen. Dagegen hat das RVA. in einer ſoeben veröffentlichten Entſcheidung vom 21. März 1914 (Amtl. Nachr. S. 457) daran feſtgehalten, daß im Sinne der Invalidenverſicherung nach der RVO. 4. Buch der Begriff des Lehrlings in der bisherigen Weiſe auszulegen ſei. Danach ſeien zu Lehrlingen junge Leute nicht zu rechnen, die ſich im niederen Bureaudienſt ausbildeten. Die im allgemeinen zutreffende Erwägung, der Geſetzgeber habe die der Kranken- und Invalidenverſicherung unterſtellten Perſonenkreiſe möglichſt einheitlich geſtalten wollen, könne im Hinblick auf den verſchiedenen Wortlaut im Geſetz allein zugunſten eine Gleichſtellung des Lehrlingsbegriffs auf beiden Verſicherungsgebieten, die hinſichtlich des Kreiſes der verſicherungspflichtigen Perſonen auch in anderen, zum Teil weſentlicheren Vorſchriften voneinander abwichen, nicht ausſchlaggebend ins Gewicht fallen.

Für das Gebiet der Krankenverſicherung wird allerdings der Lehrlingsbegriff möglichſt weit ausgelegt werden müſſen, denn bei der Beratung des § 165 RVO. im Reichstage, vgl. Komm. Ber. z. RVO. 2. Teil S. 15 ff., iſt die Abſicht klar zum Ausdruck gekommen, durch das Hinzufügen der Worte: „aller Art" die zu ihrer Ausbildung beſchäftigten Perſonen in allen Erwerbszweigen dem Verſicherungszwang zu unterwerfen und die durch die Rechtſprechung des RVA. für das Gebiet der Invalidenverſicherung herbeigeführte enge Auslegung des Begriffs „Lehrling" auf Lehrlinge im Gebiete des Gewerbes und etwa noch in der Landwirtſchaft für die Krankenverſicherung außer Anwendung treten zu laſſen. Befreit werden können nur Lehrlinge, die im Betriebe ihrer Eltern beſchäftigt ſind. Daß ein Entgelt gewährt wird, iſt keine Vorausſetzung für die Befreiung, da Lehrlinge, die ohne Entgelt beſchäftigt werden, nach RVO. § 165 verſicherungspflichtig ſind; ſie erhalten nach § 494 kein Krankengeld. Auch wenn der Vater allein oder die Mutter allein der Lehrherr iſt, liegt eine Beſchäftigung im Betriebe der Eltern vor. Betreibt der Vater oder die Mutter den Betrieb, in dem das Kind als Lehrling beſchäftigt wird, in Gemeinſchaft mit einem Dritten, z. B. eine offene Handelsgeſellſchaft ſo wird § 174 auch angewendet werden können. Sobald aber dieſe Gemeinſchaft die Geſtalt einer juriſtiſchen Perſon annimmt, findet § 174 RVO. keine Anwendung mehr.

Hinſichtlich der Befreiung der in Arbeiterkolonien beſchäftigten Perſonen hat der Reichstag die Regierungsvorſchläge nur redaktionell geändert. Nach der Begründung (S. 151) handelt es ſich um die Aufrechterhaltung des durch das KVG. geſchaffenen Rechtszuſtandes; die Vorſchrift iſt dem KVG. § 3b nachgebildet. Dieſer hat aber, auch ſoweit die Befreiung der in Arbeiterkolonien beſchäftigten Perſonen in Frage kommt, einen abweichenden Wortlaut. Der § 3b lautete:

„Auf den Antrag des Arbeitgebers ſind von der Verſicherungspflicht zu befreien Lehrlinge, welchen durch den Arbeitgeber für die während der Dauer des Lehrverhältniſſes eintretende Erkrankungsfälle der Anſpruch auf freie Kur oder Verpflegung in einem Krankenhauſe auf die im § 6 Abſ. 2 bezeichnete Dauer geſichert iſt. Gleiches gilt von Perſonen, welche im Falle der Arbeitsloſigkeit in einer die Verſicherungspflicht begründenden Art in Wohltätigkeitsanſtalten beſchäftigt

Digitized by Google

werden, deren Zweck darin besteht, arbeitslosen Personen vorübergehend Beschäftigung zu gewähren (Arbeiterkolonien und dgl.).

Die Bestimmungen des § 3a Abs. 2 bis 4 finden entsprechende Anwendung".

Die Befreiung der Arbeiterkolonisten wurde erst in der dritten Lesung der Novelle zum Krankenversicherungsgesetz vom 10. August 1892 aufgenommen. (S. Sten.-Ber. des Reichstags Session 1890/91, S. 4744.) Die Vorschrift beruht auf einem Antrag aus der Mitte des Hauses, dem weder eine schriftliche noch eine mündliche Begründung beigegeben wurde. Eine Erörterung fand nicht statt. Der Zweck und die Bedeutung der Vorschrift ist aber in dem Kommentar von v. Woedtke, Anm 4 zu § 3b, unter dem unmittelbarem Eindrucke der Verhandlungen im Reichstage wie folgt festgelegt:

„Offensichtlich ist der Grund für die Einfügung der gewesen, daß man humanitären Einrichtungen, welche vorübergehend Arbeitslosen Beschäftigung gegen Entgelt gewähren, nicht noch die Verpflichtung auferlegen wollte, für diese Personen Krankenkassenbeiträge zu bezahlen, wenn auch die Art ihrer Beschäftigung als eine gewerbliche oder sonst versicherungspflichtige anzusehen sein sollte. Veranlaßt ist diese Bestimmung anscheinend dadurch, daß kurz vor der dritten Lesung im Reichstage die in Berlin bestehende Arbeitskolonie nachträglich wegen erheblicher Summen für die Krankenversicherung ihrer Insassen auf Grund des älteren Gesetzes in Anspruch genommen wurde, eine Summe, deren volle Entrichtung die aus Wohltätigkeitsfonds gespeiste Kolonie geradezu zum Erliegen gebracht haben würde. Eine völlige Befreiung der Arbeiterkolonisten von der Versicherungspflicht erschien um deswillen nicht angängig, weil die letzteren dann im Falle einer Krankheit der Armenpflege anheimfallen und dadurch den meist kleinen ländlichen Gemeinden, in welchen solche Arbeiterkolonien errichtet sind, eine unter Umständen erhebliche Last oder doch Belästigung aufbürden würden."

Vergleicht man den Wortlaut des § 3b RVG. mit demjenigen des § 174 RVO., so fällt vor allem auf, daß nach der RVO. der Arbeitgeber dem Arbeiterkolonisten gegenüber in Krankheitsfällen Leistungen nicht zu übernehmen hat. Das ist höchst auffällig und offenbar ein bei der Aenderung des § 174 durch die Reichstagskommission begangenes Versehen. Denn da nach der ausdrücklichen Bemerkung in der Begründung an dem bisherigen Rechtszustand nichts geändert werden sollte, so war es selbstverständlich, daß an den Voraussetzungen für die Befreiung der Kolonisten festgehalten wurde. Daß aber nach § 3b RVG. die Befreiung der Arbeiterkolonisten nur ausgesprochen werden durfte, wenn Krankenhauspflege für die gesetzliche Unterstützungsdauer zugesichert war, geht aus dem Abs. 2 des § 3b klar hervor, wo auf den § 3a Abs. 2—4 Bezug genommen wird. Hier wird aber vorgeschrieben, daß die Befreiung zu widerrufen sei, wenn der Arbeitgeber nicht mehr leistungsfähig erscheine, und daß die Gemeindekrankenversicherung der Krankenkasse einzutreten habe, wenn der Arbeitgeber im Erkrankungsfalle des Befreiten nicht leiste. Auf dem gleichen Standpunkt steht v. Woedtke, Anm. 4 zu § 3b a. a. O., wenn er ausführt:

„Unerheblich ist es, ob die Krankenhauspflege im eigenen Krankenhaus der Arbeiterkolonie (wie ein solches z. B. bei den großartigen Anstalten des Pastors von Bodelschwing in der Nähe von Bielefeld besteht) gewährt wird, oder ob die Arbeiterkolonie als Arbeitgeber ihrer Insassen mit einem anderen Krankenhause vertragsmäßig entsprechende Abmachungen getroffen hat."

Aber auch der Entwurf der RVO. wollte an dem bisherigen Rechtszustande hinsichtlich der Arbeiterkolonisten festhalten, denn nach Abs. 3 des § 189 des Entwurfs sollten die §§ 187, 188 entsprechend gelten. Diese Paragraphen des Entwurfs entsprechen aber dem § 3a, Abs. 2—4 KVG. und finden sich als § 175 und § 419 in der RVO. Demgegenüber ist es allerdings um so mehr auffällig, daß in der Begründung zu § 174 (S. 152) folgendes ausgeführt wird:

Digitized by Google

„Die Worte „Das Gleiche gilt" im Abs. 2 des § 189 beziehen sich nur auf den Vordersatz des Abs. 1, d. h. daß die betreffenden auf Antrag des Arbeitgebers, d. h. hier der Arbeiterkolonie usw. zu befreien sind. Die Voraussetzung des Anspruchs nach Abs. 1 braucht nicht vorzuliegen."

Mit dem Wortlaute des Entwurfs sind diese Ausführungen nicht vereinbar, wohl aber mit der jetzigen Fassung des § 174; jedenfalls darf nunmehr der Nachweis, daß in Krankheitsfällen Krankenhauspflege gewährt wird, nicht verlangt werden. Dem Antrag muß der Kassenvorstand entsprechen, wenn er gestellt wird. Das kommt aber einer Befreiung kraft Gesetzes gleich, wenn es nur der Förmlichkeit eines Antrags bedarf. Hat die Verwaltung der Arbeiterkolonie für eine Krankenpflege der Kolonisten nicht gesorgt, so muß in Krankheitsfällen die Armenpflege eintreten.

Die sonst abweichende Fassung des § 174 RVO. gegenüber dem § 3b KVG. bedeutet keine Abweichung von dem bisherigen Rechtszustande, sondern verdankt ihre Entstehung dem gleichmäßig angewandten Bestreben, den Vorschriften eine kurze und klare Fassung zu geben. Immerhin würde ihr Wortlaut eine anderweite Auslegung zulassen. Im § 3b KVG. wird die Arbeiterkolonie als eine Wohltätigkeitsanstalt definiert, deren Zweck darin besteht, arbeitslosen Personen vorübergehend Beschäftigung zu gewähren. Es sollten danach nicht die einzelnen Personen unter der Voraussetzung, daß sie vorübergehend beschäftigt werden, befreit werden, sondern es sollte die Beschäftigung in der Arbeiterkolonie grundsätzlich von der Krankenversicherungspflicht befreien, wenn Krankenhauspflege zugesichert war. Demgemäß wurde auch allgemein angenommen, vgl. z. B. v. Woedtke Anm. 4 zu § 3b a. a. O., daß die Befreiung der Arbeiterkolonisten nicht für jeden einzelnen Kolonisten besonders beantragt und ausgesprochen zu werden brauche, daß vielmehr eine allgemeine Befreiung aller Insassen einer Arbeitskolonie zulässig und zweckmäßig sei, sobald die Voraussetzungen — nämlich ein Antrag der Arbeiterkolonie, Zusicherung der Krankenhauspflege durch diese und Anerkennung genügender Leistungsfähigkeit der Kolonie zur Erfüllung dieser Verpflichtung — dargetan sei.

Nach der Fassung des § 174 RVO. könnte die Auffassung vertreten werden, daß nur der einzelne Arbeiterkolonist befreit werden könne, und zwar nur unter der Voraussetzung, daß er vorübergehend beschäftigt werde. Das entspricht aber nicht der Absicht des Gesetzes. Geht man von der Annahme aus, daß die Arbeiterkolonisten grundsätzlich vorübergehend beschäftigt werden, so kann eine allgemeine Befreiung der Insassen einer Arbeiterkolonie als solcher nach wie vor ausgesprochen werden. Tatsächlich werden die Arbeitslosen niemals in die Arbeiterkolonie aufgenommen, um sie dauernd zu beschäftigen, wenngleich die Dauer der Beschäftigung sehr verschieden ist und unter Umständen einer ständigen Beschäftigung gleichen kann. Abgesehen davon, daß der Begriff der vorübergehenden Beschäftigung außerordentlich dehnbar ist, würde es jeder inneren Berechtigung entbehren, zwischen vorübergehend und dauernd beschäftigten Arbeiterkolonisten zu unterscheiden. Denn ob der erkrankte Arbeiterkolonist zu der einen oder anderen Kategorie gehört, ist für die Gewährung der Krankenpflege ganz gleichgültig. Danach muß daran festgehalten werden, daß die Befreiung der Insassen einer Arbeiterkolonie ganz allgemein ausgesprochen werden kann, wenn solches von der Arbeiterkolonie beantragt wird.

Die Insassen einer Arbeiterkolonie sind grundsätzlich versicherungspflichtig, obwohl die Anstalt eine Wohltätigkeitsanstalt ist. Die Kolonisten treten freiwillig in die Arbeiterkolonie ein und aus ihr aus. Sie erhalten Lohn für ihre Arbeit und werden zwangsweise zur Arbeit nicht angehalten. Die Beschäftigung in einer Wohltätigkeitsanstalt schließt die Versicherungspflicht nicht aus, wenn sie für die Verwaltung der Anstalt von erheblichem wirtschaftlichen Wert ist und nicht zur Ausfüllung der Zeit und zur Förderung der Gesundheit zugewiesen wird. Arbeiterkolonien

Digitized by Google

dürfen mit Verpflegungsstationen nicht verwechselt werden. Die Beschäftigung in diesen ist nicht versicherungspflichtig, da das für die übliche Beschäftigung Gewährte, auch wenn es nicht nur in Nachtquartier und Unterhalt, sondern in Geld besteht, nicht die Natur eines Entgelts für gelieferte Arbeit hat, sondern als eine Unterstützung zum Zwecke des besseren Fortkommens anzusehen ist; vgl. Anleitung des RVA. Ziff. 23 d.

Ueber den Antrag auf Befreiung der Lehrlinge und Arbeiterkolonisten von der Krankenversicherungspflicht entscheidet nach § 175 der Kassenvorstand. Wird der Antrag abgelehnt, so entscheidet auf Beschwerde der Vorsitzende des Versicherungsamts (vgl. § 1781 RVO.) endgültig. Die Befreiung wirkt vom Eingange des Antrages ab.

Die Rechtsverhältnisse der mittleren und unteren Beamten der Preußischen Landesversicherungsanstalten.

Von Regierungsassessor Dr. **Weber** in **Hannover-Waldhausen.**

Fortsetzung

3. Die Tragweite der im § 98 JVG. und § 1348 RVO. enthaltenen reichsrechtlichen Anordnung.

Dem im Teil II dieser Arbeit näher umschriebenen Beamtenkreise sind nach § 98 JVG. die Rechte und Pflichten „von", nach § 1348 RVO. „der" Staats- oder Kommunalbeamten zu übertragen. Die hierzu erforderlichen näheren Bestimmungen soll die Landesregierung treffen. Hieran knüpfen sich die Fragen:

1. nach dem Wege, auf dem die näheren Bestimmungen der Landesregierung zu treffen sind;
2. nach dem Umfange des Bestimmungsrechtes der Landesregierung hinsichtlich der zu übertragenen Rechte und Pflichten;
3. nach dem Zeitpunkte der Uebertragung und den Rechtsfolgen des gewählten Zeitpunktes für die Gehaltsansprüche der Beamten;
4. nach dem Rechtswege für die Geltendmachung von Gehaltsansprüchen;
5. nach der Aufsicht über die Befolgung der näheren Bestimmungen der Landesregierung.

1. Mangels jeglicher Einschränkung ihrer Befugnis in § 98 JVG. und 1348 RVO. ist anzunehmen, daß die Landesregierung in der Wahl des Weges, auf dem sie den vom Gesetz gewollten Zweck zu erreichen strebt, unbeschränkt sein soll. Sie kann deshalb sowohl den Beamten der Landesversicherungsanstalten die Rechte und Pflichten von Staats- oder Kommunalbeamten unmittelbar selbst übertragen, als auch anordnen, daß, wie und in welchem Umfange sie ihnen zu übertragen sind, und zwar ist anzunehmen, daß ihr dieses Recht auch hinsichtlich solcher Rechtsnormen zusteht, deren Schaffung nach dem Verfassungsrechte des Bundesstaates, in dem die in Frage kommende Landesversicherungsanstalt liegt, sonst nur der Landesgesetzgebung vorbehalten ist. Nach der Entscheidung des Oberverwaltungsgerichtes vom 24. Juni 1902 (Arb.Vers. 1902 S. 596) soll es zwar keinem Bedenken unterliegen, daß, wenn die Reichsgesetzgebung eine weitere Regelung der von ihr allgemein geordneten Angelegenheiten den Landesregierungen überläßt, oder überträgt, diese weitere Regelung sich nach dem Verfassungsrechte des einzelnen Bundesstaates vollzieht. Gegen diese Auffassung spricht aber das Bedenken, daß die Ermächtigung der Landesregierung auf reichsrechtlicher Grundlage beruht, und, da nach Art. 2 der Reichsverfassung das Reichsrecht

Digitized by Google

dem Landesrecht und zwar auch den Verfassungen der Bundesstaaten vorgeht, diese reichsrechtliche Anordnung auch dann ihre Wirksamkeit behält, wenn sich der verfassungsmäßige Weg nach Landesrecht wegen praktischer oder rechtlicher Schwierigkeiten als ungangbar erweist. Die Landesregierungen erscheinen hiernach zwar befugt, aber durchaus nicht verpflichtet, den nach der Verfassung des betreffenden Bundesstaates an sich vorgeschriebenen Weg bei ihrer näheren Bestimmung zu beachten. Nun wird allerdings in den Motiven zu dem Gesetz betreffend die Dienstvergehen der Beamten der Landesversicherungsanstalten vom 17. Juni 1900 (Drucksachen des Herrenhauses, Session 1900, Nr. 14 S. 5) ausgesprochen, daß die Einführung eines geordneten Disziplinverfahrens für die Beamten der Landesversicherungsanstalten nur im Wege der Landesgesetzgebung erfolgen könne. Diese Ansicht dürfte nach dem oben Gesagten nicht richtig sein. In Preußen ist der Weg durch die Landesgesetzgebung auch für das Disziplinarrecht der Beamten der Landesversicherungsananstalten gewählt, im übrigen hat die Regierung ihre Anordnungen durch Erlasse an die Oberpräsidenten getroffen (s. Erlasse vom 30. November 1899 und 28. November 1900). Der von der preußischen Landesregierung beschrittene Weg ist unbestritten rechtmäßig[5]).

2. Sowohl § 98 JVG. wie § 1348 RVO. gestatten der Regierung die Wahl zwischen den Rechten und Pflichten von Staatsbeamten und den von Kommunalbeamten. Für Preußen hat der Minister in dem Erlasse vom 30. November 1899 bestimmt, daß die in Rede stehenden Beamten die Rechte und Pflichten der Beamten des Kommunalverbandes der betreffenden Provinz bezw. der Gemeinde Berlin haben sollten, und zwar deren allgemeine und deren besondere Rechte und Pflichten. Unter allgemeinen Rechten und Pflichten verstand man den Anspruch auf Ruhegehalt, auf Witwen- und Waisenversorgung, auf das Kommunalsteuerprivileg, auf Wohnungsgeldzuschüsse und ein geordnetes Disziplinarverfahren, während zu den besonderen Rechten der Anspruch auf ein bestimmtes Gehalt, der Pension usw. gerechnet wurde.

Für § 98 JVG. war nun streitig, wie weit die Landesregierung befugt war in das Selbstbestimmungsrecht der Landesversicherungsanstalten einzugreifen. Es wurde die Ansicht vertreten (auch dem Minister gegenüber zum Ausdruck gebracht), daß der Landesregierung nur die Befugnis zustehe, die den Staats- oder Kommunalbeamten zustehenden allgemeinen Vorrechte und deren allgemeine Pflichten zu übertragen. Die Landesregierung sollte jedoch nicht befugt sein, die Landesversicherungsanstalten zu zwingen, bestimmte Gehalts- oder Pensionssätze, wie sie bestimmten Kommunalbeamten zuständen, zu gewähren. Dies wurde aus dem Wortlaut des § 98 JVG. geschlossen, nachdem die Rechte „von" (nicht „der") Staats- oder Kommunalbeamten zu übertragen sind, und ferner aus einer Stelle der Motive (S. 286; Isenbart-Spielhagen a. a. O. § 98 Anm. 4, Graßmann, Komm. zum JVG. § 98 Anm. 3, im Resultat gleich Gebhardt-Düttmann a. a. O. § 98 Anm. 2 Abs. 3). Rosin a. a. O. Bd. II S. 318 Anm. 2 weist jedoch mit Recht darauf hin, daß, wenn es im § 98 JVG. nicht „der" Staatsbeamten usw. heiße, für den Wortlaut des § 98 JVG. wohl nur

[5]) Die Streitfrage hat deshalb nur noch theoretische Bedeutung. Ebenso auch die weitere Streitfrage, wer die näheren Bestimmungen zu treffen hat, wenn sich die Landesversicherungsanstalt über das Gebiet mehrerer Bundesstaaten erstreckt. Hier dürfte eine analoge Anwendung des § 74 Abs. 1 JVG. der richtige Weg sein (vgl. Rosin a. a. O. Bd. II S. 317).

Digitized by Google

die Mannigfaltigkeit der in Betracht kommenden Rechte und Beamtenkategorien in Anschlag gebracht sei, daß jedenfalls Folgerungen zur Begründung der Unterscheidung zwischen allgemeinen und besonderen Beamtenrechten von dem Wörtchen „von" nicht getragen würden. Diese Ansicht findet ihre volle Bestätigung in dem im Erlasse vom 28. November 1900 zitierten Berichte der Reichstagskommission, wonach der Landesregierung die weitestgehenden Befugnisse in der Regelung der Verhältnisse der Bureaubeamten usw. erhalten sollte, damit endlich auch hinsichtlich der Gehälter und sonstigen Anstellungsbedingungen eine völlige Gleichstellung der in Rede stehenden Beamten der Versicherungsanstalten mit den entsprechenden Provinzialbeamten herbeigeführt werde. Diese authentische Auslegung steht mit dem Wortlaut des § 98, der, wie schon ausgeführt, die den Landesregierungen erteilte Ermächtigung in keiner Weise einschränkt, durchaus im Einklange. Die Landesregierung hat deshalb mit Recht auch die Regelung der Gehaltsverhältnisse verlangt, und die Landesversicherungsanstalten haben sich dem gefügt. Für § 1348 RVO. verliert die Streitfrage gänzlich an praktischer Bedeutung, weil danach die Rechte und Pflichten „der" Staats- oder Kommunalbeamten übertragen werden sollen. Diese Ausdrucksweise ist, wie aus der Begründung hervorgeht, vorgezogen, um Schlüsse, wie sie aus dem Wortlaut des § 98 JWG. („von") gemacht sind, zu vermeiden und die Uebertragung der Rechte und Pflichten von Staats- oder Kommunalbeamten auf die Beamten der Landesversicherungsanstalten in vollem Umfange, insbesondere hinsichtlich der Höhe des Gehaltes, der Pension usw. sicherzustellen. So hat die Auslegung, welche die Landesregierung dem § 98 JWG. gegeben hat, nachträglich die ausdrückliche Bewilligung der gesetzgebenden Körperschaften gefunden.

3. Damit ist nunmehr der Umfang des Rechtes der Landesregierung, nähere Bestimmungen zu treffen, endgültig festgelegt. Zweifelhaft ist jedoch, seit welchem Zeitpunkte den Bureau-, Kanzlei- und Unterbeamten der Landesversicherungsanstalten die Rechte und Pflichten von Kommunalbeamten zustehen. Die Erlasse stimmen nämlich insofern nicht überein, als in dem vom 30. November 1899 gesagt wird, daß den bei den Landesversicherungsanstalten und ihren Organen im Hauptamte beschäftigten Bureau-, Kanzlei- und unteren Beamten vom 1. Januar 1900 ab die Rechte und Pflichten der Beamten des in Frage kommenden Kommunalverbandes zu übertragen seien, während der die näheren Einzelheiten angebende Erlaß vom 28. November 1900 das Inkrafttreten der Regelung für den 1. Januar 1901 fordert. Wie schon bemerkt, ist auch demgemäß die Regelung durch Genehmigung der Reglements, die im allgemeinen als den Zeitpunkt ihres Inkrafttretens den 1. Januar 1901 festsetzen, erst mit diesem Tage erfolgt. Die Rechtsgültigkeit dieser Festsetzung ist fraglich. Sie hat aber auch jetzt noch insofern große praktische Bedeutung, als mit der Neuorganisation der Anstalten in den meisten Fällen eine Gehaltserhöhung für die mittleren und unteren Beamten verbunden war, und diese Erhöhung ihnen erst vom 1. Januar 1901 ab zugute gekommen ist. Wenn also die Auffassung richtig sein sollte, daß die Beamten auf Grund des § 98 JWG. in Verbindung mit dem Erlasse vom 30. November 1899 schon seit dem 1. Januar 1900 die allgemeinen und besonderen Rechte von Kommunalbeamten haben, so würde ihnen für das Jahr 1900 die Gehaltserhöhung vorenthalten, und würden ihnen infolgedessen auch die Gehaltszulagen um 1 Jahr zu spät gewährt worden sein.

Die Frage, nach dem Zeitpunkt der Uebertragung der Rechte und Pflichten von Kommunalbeamten auf die Beamten der Landesversicherungsanstalten ist in der Entscheidung des Oberverwaltungsgerichtes vom 3. April 1901 (Arb.Vers. 1901 S. 573), wie folgt, beantwortet:

Digitized by Google

„Diese Bestimmungen (§ 98 JVG.) sind zwingender Natur, denn im § 98 ist nicht nur ausdrücklich die verpflichtende Fassung — „sind zu übertragen" — gebraucht, sondern diese Fassung ist auch vom Reichstage gerade deshalb gewählt, um den nur auf eine Ermächtigung der Landesregierungen gerichteten Wortlaut der entsprechenden Bestimmung des Gesetzentwurfes im § 62a — „können übertragen werden" — durch eine Verpflichtung zu ersetzen (vgl. Komm. z. JVG. von Isenbart und Spielhagen — Anm. 2 zu § 98 — S. 421).

Nach § 194 ist das Gesetz, soweit sich die Vorschriften auf die Herstellung oder Veränderung der zur Durchführung der Invalidenversicherung erforderlichen Einrichtungen beziehen, mit dem Tage der Verkündung, im übrigen mit dem 1. Januar 1900 in Kraft getreten. Da die Reichsgesetze den Landesgesetzen vorgehen (Artikel 2 der Verfassung des Deutschen Reiches), so müssen mit diesem Zeitpunkte die im § 98 bezeichneten Beamten die Rechte und Pflichten von Staats- und Kommunalbeamten erhalten haben. Die Landesregierungen haben nicht etwa das Recht, diesen Zeitpunkt hinauszuschieben oder einzelnen Arten jener Beamten die Anwendung der reichsgesetzlichen Vorschriften zu versagen. Sie sollen vielmehr nur die näheren Bestimmungen zur Ausführung des § 98 treffen."

Um ein Urteil über die Auffassung des Oberverwaltungsgerichts zu gewinnen, ist es notwendig, die durch § 98 JVG. gegebene Rechtslage näher zu betrachten. Nach den Motiven, nach Ueberschrift und Wortlaut bekundet und betätigt § 98 JVG. den Willen des Gesetzgebers, die bis dahin ungeregelten, öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnisse des Beamtenpersonals der Versicherungsanstalten auf reichsgesetzlichem Wege vollständig zu regeln (Arb.Vers. 1901 S. 582). Zu diesem Zwecke hat er angegeben, welche Rechte und Pflichten die Anstaltsbeamten haben sollen, seine gesetzgebende Gewalt bezüglich der näheren Bestimmungen aber der Landesregierung abgetreten. Der Gesetzgeber hat absichtlich gegenüber der milderen Form des Entwurfes — „können übertragen werden" — die schärfere — „sind zu übertragen" — gewählt, um damit eine Verpflichtung der Landesregierungen zu begründen, den Anstaltsbeamten die Rechte und Pflichten von Staats- oder Kommunalbeamten zu übertragen. Den Landesregierungen erwuchs daher am 1. Januar 1900 — mit dem Inkrafttreten des Invalidenversicherungsgesetzes — die Verpflichtung, zu dem angegebenen Zwecke die näheren Bestimmungen zu treffen. Das ist, wie schon bemerkt, durch die Erlasse vom 30. November 1899 und 28. November 1900 geschehen.

§ 98 JVG. sagt nun nicht etwa: „Die Bureau- usw. Beamten haben die Rechte und Pflichten der Staats- oder Kommunalbeamten; das nähere bestimmt die Landesregierung". Wenn die Fassung so gewählt wäre, hätte es einer Uebertragung nicht bedurft, sondern ständen den Anstaltsbeamten vom 1. Januar 1900 ab die Rechte und Pflichten der Staats- oder Kommunalbeamten kraft des Gesetzes zu. Dieser Unterschied tritt bei einem Vergleich der §§ 79 Abs. 3 und 1348 RVO. hervor. Im § 79 Abs. 3 RVO. heißt es bezüglich der Beamten der Oberversicherungsämter: „Die Bureau-, Kanzlei- und Unterbeamten haben die Rechte und Pflichten der Reichs- oder Staatsbeamten . . . . ., das nähere bestimmt die Landesregierung". Im § 1348 RVO. lautet es bezüglich der Beamten der Versicherungsanstalten: „Soweit die im Hauptamt beschäftigten Bureau-, Kanzlei- und Unterbeamten der Anstalt nicht nach Landesrecht staatliche oder gemeindliche Beamte sind, überträgt ihnen die Landesregierung die Rechte und Pflichten der staatlichen oder gemeindlichen Beamten". Im Falle des § 79 Abs. 3 RVO. haben die Beamten die angegebenen Rechte mit dem Zeitpunkte des Inkrafttretens der Reichsversicherungsordnung, im Falle des § 1348 RVO. dagegen entsteht mit demselben Zeitpunkt die Verpflichtung der Landesregierung die Rechte zu übertragen. Ebenso bedarf es auch zweifellos im Falle des § 98 JVG. eines Uebertragungsaktes der Regierung.

Es ist aber logisch und praktisch unmöglich, daß in demselben Zeitpunkt, wo die Verpflichtung zur Uebertragung entsteht (§ 194 JVG.), auch der Verpflichtung nachgekommen sein soll. Deshalb kann auch nicht ohne eine

Digitized by Google

ausdrückliche Bestimmung des Gesetzes, daß die Uebertragung auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens zurückzuziehen ist, angenommen werden, daß dies der Wille des Gesetzgebers gewesen sei. Zumal durch die Vordatierung des Reglements für einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum Dienstvorgesetzte, Anstellungsbehörden, Vorschriften und Bedingungen der Anstellung und Entlastung bestimmt werden würden, obwohl die in einer abgeschlossenen Vergangenheit liegenden tatsächlichen Verhältnisse durch eine Fiktion dieser Art doch nicht mehr geändert werden könnten. Daß ein solcher Wille auch nicht bestanden hat, ergibt sich daraus, daß er in der authentischen Interpretation des § 98 durch die Reichstagskommission (s. Erlaß v. 28. 11. 1900) nicht zum Ausdruck gekommen ist. Es ist im Gegenteil anzunehmen, daß der Gesetzgeber mit Rücksicht darauf, daß eine solche einschneidende Maßnahme, wie sie § 98 für die damaligen Beamtenverhältnisse anordnete, gewisser Zeit zur Ausführung bedurfte, eine Zeitbestimmung vermieden hat. Damit soll nicht gesagt sein, daß der Gesetzgeber eine Zurückbeziehung der Uebertragung auf den 1. Januar 1900 verboten hat, sondern nur, daß er sie nicht vorgeschrieben hat. Da die Uebertragung nach näherer Anweisung der Landesregierung erfolgen soll, muß man dieser auch das Recht zugestehen, über den Zeitpunkt des Eintrittes der Wirkungen des Uebertragungsaktes bindende Bestimmungen zu treffen. (Zum selben Ergebnis kommt Rosin, das Recht der Invaliden- und Altersversicherung Bd. II S. 317 Anm. 54. Ebenso Arbeiterversorgung S. 584: „Die Bestimmung, daß die Uebertragung vom 1. Januar 1900 ab erfolgt, ist zwar wünschenswert, aber nicht notwendig". Auch Hoffmann, IVG., 2. Auflage, Anm. 5, zu § 98: „Eine Verpflichtung, allen bei der Anstalt beschäftigten Personen die Beamteneigenschaft sofort zu verleihen, dürfte nicht anzunehmen sein". Hoffmann hat sich in den späteren Auflagen desselben Buches allerdings die Auffassung des Oberverwaltungsgerichts zu eigen gemacht).

Der Regierung war also aus § 98 nur die Verpflichtung erwachsen, durch eine Verordnung oder auf anderem Wege den Anstaltsbeamten die Rechte und Pflichten von Staats- oder Kommunalbeamten zu übertragen. Die Uebertragung ist jedenfalls durch den Erlaß vom 30. November 1899 nicht erfolgt. Dieser enthält nur einen Auftrag statt der Uebertragungsformel (bestimmen wir, daß ..... zu übertragen sind). Wenn er die Uebertragung selbst enthielte, so wäre dadurch das Reichsgesetz, das ohne eine solche Verordnung auch nach dem 1. Januar 1900 eine lex imperfecta darstellte, zu einer lex perfecta geworden und die Landesregierung nicht mehr in der Lage gewesen, dem ersten Erlasse einen zweiten vom 28. November 1900 mit Aufträgen auf Grund des § 98 IVG. folgen zu lassen, da das vollendete Reichsgesetz nur durch ein Reichsgesetz hätte abgeändert werden können. (Arb. Vers. 1901 S. 585).

Dieser Auffassung des ministeriellen Erlasses vom 30. November 1899 stimmt eine Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts vom 24. Juni 1902 nicht zu. Es handelt sich darin um die Frage des Steuerprivilegs der Kommunalbeamten. Das Oberverwaltungsgericht (2. Senat) verweist auf die Entscheidung vom 3. April 1901 (6. Senat), läßt aber dahingestellt (!), ob durch § 98 Invalidenversicherungsgesetzes den Anstaltsbeamten die Rechte und Pflichten der Staats- oder Kommunalbeamten unmittelbar übertragen sind, oder ob es noch eines ausdrücklichen Uebertragungsaktes bedarf. Ein solcher Uebertragungsakt der Landesregierung sei jedenfalls in dem Ministerialerlasse vom 30. November 1899 gegeben. Die Gründe hierfür sind folgende:

In den Motiven zu dem Gesetz betreffend die Dienstvergehen der Beamten der Landesversicherungsanstalten vom 17. Juni 1900 sei ausgesprochen, daß es zur Regelung der aus der Ueberschrift des Gesetzes vom 17. Juni 1900 ersichtlichen, aus Anlaß des § 98 IVG. zu ordnenden Angelegenheiten eines Gesetzes be-

Digitized by Google

dürfe, in allen übrigen Angelegenheiten der im § 98 erwähnten Beamten diese Regelung aber durch eine Anordnung der zuständigen Minister erfolgt sei. In den Motiven heiße es: „Auf Grund dieser Bestimmung (§ 98 JVG.) ist durch Erlaß des Ministers für Handel und Gewerbe und des Ministers des Innern vom 30. November 1899 angeordnet worden, daß die Bureau-, Kanzlei- und Unterbeamten der Versicherungsanstalten hinsichtlich ihrer Rechte und Pflichten den entsprechenden Beamten desjenigen Provinzialverbandes gleichzustellen sind, für deren Bezirk die Versicherungsanstalten errichtet sind". Hiernach könne es keinem Zweifel unterliegen, daß die Staatsregierung damit zum Ausdruck gebracht habe, daß sie der Vorschrift des § 98 JVG. bis auf die Regelung der Dienstvergehen der Beamten der Versicherungsanstalten schon genügt, d. h. ihnen die Rechte und Pflichten schon übertragen habe, was sich auch ohnehin schon aus den Worten des ersten Absatzes des Erlasses vom 30. November 1899: „bestimmen wir, daß... zu übertragen sind" ohne Zwang ergebe.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Pauschbeträge der Versicherungsträger bei den Oberversicherungsämtern.

Erlaß d. **preuß. Minister für Handel, der Finanzen u. des Innern** v. 24. April 1914 (HMBl. S. 211).

Die Versicherungsträger sind nicht verpflichtet, für die vom Reichsversicherungsamte zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Oberversicherungsamt zurückverwiesenen Spruchsachen einen doppelten Pauschbetrag zu entrichten.

Was hat zu geschehen, wenn nach Veröffentlichung des Wahlvorschlages ein auf der Liste des Sektionsvorstandes stehender Bewerber stirbt oder seine Wählbarkeit verliert?

Beschluß des Reichsversicherungsamts vom 7. Januar 1914.

Im Sommer 1913 hatten die Wahlen in die berufsgenossenschaftlichen Ehrenämter zum ersten Male nach der neuen, vom Reichsversicherungsamt unterm 31. Dezember 1912 genehmigten Wahlordnung stattzufinden. Zu wählen waren im Bezirke unserer Sektion V 8 Vorstandsmitglieder (und ebensoviele Ersatzmänner) und 6 Vertreter zur Genossenschaftsversammlung (und ebensoviele Ersatzmänner). In dem nach § 7 der Wahlordnung vom Sektionsvorstande aufgestellten Wahlvorschlage war der Berg- und Hüttendirektor W. an 6. Stelle als Vorstandsmitglied und als Vertreter zur Genossenschaftsversammlung in Vorschlag gebracht worden. Nach der Veröffentlichung des Wahlausschreibens — am 14. April 1913 — starb Herr W. Eine Aenderung oder Ergänzung des Wahlvorschlages — an die man vielleicht hätte denken können — war, wenn die sechswöchige Frist des § 5 Abs. 1 der Wahlordnung innegehalten werden sollte, bis zu der auf den 14. Juni 1913 angesetzten Wahl nicht möglich. Ein anderer Wahlvorschlag wurde von keiner Seite eingereicht. In der Wahlversammlung konnte deshalb der Vorsitzende lediglich feststellen, daß gemäß § 9 Abs. 1 der Wahlordnung die in den Wahlvorschlägen des Sektionsvorstandes bezeichneten Herren als gewählt zu gelten hätten; für den verstorbenen Herrn W. habe der auf den Vorschlagslisten an höchster Stelle stehende Ersatzmann, Bergwerksdirektor T., in den Vorstand einzutreten und bzw. das Amt eines Vertreters zur Genossenschaftsversammlung zu übernehmen.

Gegen diese Feststellung legte der Fabrikdirektor Dr. K. gemäß § 20 der Wahlordnung beim RVA. Verwahrung ein. Er machte geltend, daß nach § 15 Abs. 4 der Vierten Satzung der Knappschafts-Berufsgenossenschaft die Ersatzmänner denselben Vertretungskreisen angehören sollten wie die Vorstandsmitglieder selbst, es hätte also, da nach § 27 Abs. 2 der § 15 Abs. 4 der Satzung für die Sektionsvorstände „entsprechend" gelte, nach dem Tode des als Vertreter des Erzbergbaues gewählten Herrn W. wiederum ein Erzbergmann gewählt und, da er unter den Ersatzmännern der einzige Vertreter des Erzbergbaues sei, auf ihn zurückgegriffen werden müssen. Dasselbe gelte nach §§ 28 und 29 Abs. 2 der Wahlordnung auch für die Wahl als Vertreter zur Genossenschaftsversammlung.

In seiner Gegenerklärung wies der Sektionsvorstand zur Rechtfertigung seines Standpunkts zunächst darauf hin, daß der Beschwerdeführer an-

Digitized by Google

scheinend übersehe, daß die Bestimmung des § 15 Abs. 2 der Satzung — wonach im Vorstande möglichst alle Gewerbszweige und Betriebsarten vertreten sein sollten — nur für den Genossenschaftsvorstand, nicht aber für den Sektionsvorstand gelte (§ 27 Abs. 1), und daß auch der 2. Satz des § 29 Abs. 2 der Wahlordnung nur auf den Genossenschaftsvorstand, nicht auch auf den Sektionsvorstand Anwendung finde. Wenn es im § 27 Abs. 2 der Satzung heiße: „Bezüglich der Ersatzmänner und Stellvertreter gilt § 15 Abs. 4 entsprechend", so könne daraus nicht gefolgert werden, daß bei dem Wegfalle eines zufällig dem Erzbergbau angehörenden Mitgliedes nun auch wieder ein anderer Vertreter des Erzbergbaues in den Vorstand eintreten müsse; die Reihenfolge des Eintritts der Ersatzmänner werde — wie die Anmerkung 2 zu § 15 Abs. 4 noch besonders hervorhebe — durch die Wahlordnung geregelt, persönliche Ersatzmänner — wie sie früher bestanden hätten — gebe es leider nicht mehr. Noch ungünstiger aber liege die Sache für den Beschwerdeführer, wenn er glaube, daß nach dem Wegfalle des Herrn W. er — als Vertreter des Erzbergbaues — als Vertreter zur Genossenschaftsversammlung hätte einberufen werden müssen. Für dieses Amt kämen nur die in dem Wahlvorschlage des Sektionsvorstandes aufgeführten 12 Herren in Frage, unter diesen aber befinde sich der Beschwerdeführer überhaupt nicht. Nachdem Herr W. weggefallen sei, müsse auch hier wieder der unter den Ersatzmännern an erster Stelle stehende Herr T. als ordentlicher Vertreter eintreten (§ 29 Abs. 1 der Wahlordnung).

Das RVA. hat den Standpunkt des Sektionsvorstandes gebilligt.

Die Anfechtung der Wahl des Bergwerksdirektors E. T. in N.-H. zum Vertreter zur Genossenschaftsversammlung und zum Mitgliede des Vorstandes der Sektion V der Knappschafts-Berufsgenossenschaft ist unbegründet.

Die Anfechtungserklärung des Fabrikdirektors Dr. K. vom 7. August 1913 beruht auf einer Verkennung der Rechtslage. Weder für die Zusammensetzung der Genossenschaftsversammlung noch für die der Sektionsvorstände gilt die Bestimmung des § 15 Abs. 2 der seit dem 1. Januar 1913 geltenden Satzung der Knappschafts-Berufsgenossenschaft. Der Beschwerdeführer irrt also in der Auffassung, daß nach der Satzungsvorschrift in der Genossenschaftsversammlung und dem Sektionsvorstand möglichst wenigstens ein dem Erzbergbau angehörendes Mitglied vertreten sein solle. Wenn in § 27 Abs. 2 der Satzung die entsprechende Geltung des § 15 Abs. 4 daselbst angeordnet ist, so bezieht sich dies nur auf die in § 15 Abs. 4 enthaltene Bestimmung, daß für die Mitglieder des Vorstandes Ersatzmänner in gleicher Zahl zu wählen sind und daß aus den Ersatzmännern die Stellvertreter bestimmt werden. Dagegen ist eine entsprechende Anwendung der weiteren Anordnung des § 15 Abs. 4, daß die Ersatzmänner denselben Vertretungskreisen angehören sollen, unbedingt ausgeschlossen, da für die Mitglieder der Sektionsvorstände nicht bestimmt ist, daß sie gewissen Vertretungskreisen anzugehören haben. Auf § 29 Abs. 2 der Wahlordnung kann sich der Beschwerdeführer nicht berufen, weil diese Bestimmung nur für die Mitglieder des Genossenschaftsvorstandes, nicht aber für die Mitglieder der Sektionsvorstände und die Vertreter, welche die Genossenschaftsversammlung bilden, gilt. Die Reihenfolge, in der die Ersatzmänner einzutreten haben, bestimmt aber die Wahlordnung. Nach §§ 18, 17 derselben ist die Reihenfolge der Benennung im Wahlvorschlage maßgebend. Die Wahl des Ersatzmannes Bergwerksdirektors E. T. ist sonach zu Recht erfolgt. (Kompaß)

B. Zur Krankenversicherung.

Festsetzung und Beitreibung der Gebühren in Spruchsachen der Krankenversicherung.

Erlaß der preuß. Minister für Handel, der Finanzen und des Innern v. 30. April 1914 (HMBl. S. 220).

Auf Grund des § 1803 Abs. 3 RVO. bestimmen wir, daß die in Spruchsachen der Krankenversicherung dem unterliegenden Teile auferlegte Gebühr in derselben Weise beigetrieben wird wie Gemeindeabgaben.

Solange nicht die bei der Festsetzung der Gebühr zu beachtenden Grundsätze durch Entscheidungen des Reichsversicherungsamts nach § 44 der Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Oberversicherungsämter vom 24. Dezember 1911 festgelegt sind, ersuchen wir nach folgenden Gesichtspunkten zu verfahren:

Die Gebühr ist gemäß § 44 a. a. O. nach Eintritt der Rechtskraft der in der Spruchsache ergangenen Entscheidung festzusetzen. Sie ist auch zu erheben, wenn eine Vorentscheidung erlassen ist. Wenn die Vorentscheidung mit dem Antrag auf

Digitized by Google

mündliche Verhandlung angefochten ist, so ist die Gebühr nur einmal festzusetzen; unter Umständen kann aber gemäß § 47 Abs. 2 Satz 2 a. a. O. Erhöhung auf den doppelten Betrag zulässig sein.

§ 1803 RVO. ist auch anzuwenden auf die Spruchsachen der Krankenversicherung, die nicht im Feststellungsverfahren zu erledigen sind (§ 1771 RVO.).

Voraussetzung des Anspruchs auf Angehörigenunterstützung (Hausgeld bei Anstaltspflege).

Urteil des Preuß. Oberverwaltungsgerichts, 3. Senats, v. 11. Dezember 1913.

Der klagende Armenverband unterhält zwei Kinder des Arbeiters Hugo S. im Städtischen Waisenhause mit einem Kostenaufwande von etwa 30 M. monatlich. S. leistete einen Unterhaltsbeitrag von 6 M. monatlich. Vom 11. Dezember 1912 bis zu seinem Tode am 9. Januar 1913 ist er von der Beklagten im Krankenhause des Klägers verpflegt worden. Der Kläger behauptet, daß die Beklagte für denselben Zeitraum den Kindern des S. Angehörigen-Unterstützung gemäß § 7 Abs. 2 KVG. zu zahlen verpflichtet, und daß der Anspruch darauf nach § 57 daselbst auf ihn, den Kläger, übergegangen sei, weil er den S. in der Person seiner Kinder unterstützt habe, und verlangt demgemäß mit der Klage von der Beklagten 32,50 M. mit Zinsen seit Klagezustellung. Der Bezirksausschuß hat nach dem Klageantrag erkannt.

Die Revision der Beklagten ist begründet. § 7 Abs. 2 des Krankenversicherungsgesetzes bewilligt ebenso wie § 18 Abs. 4 des Invalidenversicherungsgesetzes die Angehörigen-Unterstützung an solche Angehörigen des Versicherten, „deren Unterhalt er bisher aus seinem Arbeitsverdienst bestritten hat", setzt also an sich seinem Wortlaute nach, ebenso wie der Ausdruck „einziger Ernährer" in § 6 des Unfallversicherungsgesetzes vom 6. Juli 1884, voraus, daß der Versicherte den Unterhalt der Angehörigen im vollen Umfang allein bestritten hat. Die Rechtsprechung hat indessen auf allen Gebieten der Arbeiterversicherung geglaubt, den Sinn des Gesetzes nur durch eine nicht streng wörtliche Auslegung zu treffen. Der Bescheid des Reichsversicherungsamts vom 8. Juni 1906, Ziff. 1262, Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts 1906 S. 458, der sich auf die Begründung zum Krankenversicherungsgesetze beruft, hält die Gewährung der Angehörigen-Unterstützung gemäß § 18 Abs. 4 des Invalidenversicherungsgesetzes „in der Regel schon dann für gerechtfertigt, wenn anzunehmen ist, daß durch den Wegfall des von dem erkrankten Ernährer zum Unterhalte der Familie beigesteuerten Beitrags eine Notlage der Familie herbeigeführt wird." Ebenso Bescheid 1062, daselbst 1903 S. 396. Auf dem Gebiete der Krankenversicherung verlangt die Entscheidung des Sächsischen Oberverwaltungsgerichts vom 15. Februar 1905, Arbeiterversorgung 1906 S. 13, der Versicherte müsse einen erheblichen Teil des Unterhalts aufgebracht haben, dessen Wegfall die Angehörigen empfindlich treffen würde. Aehnlich das Urteil des Badischen Verwaltungsgerichtshofs vom 20. September 1904, Arbeiterversorgung 1904 S. 666. Auf dem Gebiete der Unfallversicherung wurde auf Grund des § 6 des Unfallversicherungsgesetzes vom 6. Juli 1884 verlangt, daß der Versicherte den Unterhalt „im wesentlichen" allein bestritten habe, Handbuch der Unfallversicherung 3. Auflage S. 296, Anm. 1 zu § 18 des Gewerbeunfallversicherungsgesetzes. Diese Rechtsentwickelung ist in der Reichsversicherungsordnung dahin gleichmäßig ausgestaltet worden, daß für alle gleichartigen Verhältnisse durchgehends verlangt wird, der Versicherte müsse den Unterhalt der Angehörigen „ganz oder überwiegend" bestritten haben, wie dies vorher schon in § 18 des Gewerbeunfallversicherungsgesetzes bestimmt war. Nur § 593, der bezüglich der Verwandten der aufsteigenden Linie nur „wesentliches" Bestreiten des Unterhalts verlangt, macht damit eine die Anforderungen noch ermäßigende Ausnahme (vergl. S. 7277 der Stenographischen Protokolle).

Prüft man unter den in dieser Entwicklung hervortretenden Gesichtspunkten den vorliegenden Fall, so ergibt sich, daß der von S. geleistete Zuschuß den Tatbestand des § 7 Abs. 2 KVG. keinesfalls erfüllt, wie man auch die Anforderung, daß der Versicherte den Unterhalt der Angehörigen bestritten habe, auslegen mag. Daß aus dem Zuschusse der Unterhalt nicht überwiegend bestritten worden ist, ist klar. Aber auch davon kann nicht die Rede sein, daß der Wegfall des Zuschusses eine Notlage der Angehörigen herbeigeführt oder auch nur sie empfindlich getroffen haben würde. Auch wenn es an sich unter Umständen möglich

Digitized by Google

sein sollte, einen Zuschuß von etwa einem Fünftel des Gesamtaufwandes als erheblich in diesem Sinne aufzufassen — was hier dahingestellt bleiben kann —, so sind doch offenbar die Umstände des vorliegenden Falles durchaus nicht dazu angetan, eine so weitgehende Auslegung des Begriffs „den Unterhalt bestreiten" zu rechtfertigen. Denn für die wirtschaftliche Lage der Kinder des S. ist der Wegfall des Zuschusses ganz unerheblich; an der seitens des Armenverbandes ihnen zugewandten Fürsorge wird dadurch gar nichts geändert; der Wegfall trifft nur den Armenverband, und daß er für diesen in keinem Sinne erheblich ist, liegt auf der Hand.

Danach hat der Vorderrichter sich einer unrichtigen Anwendung des § 7 des Krankenversicherungsgesetzes schuldig gemacht, die zur Aufhebung der Vorentscheidung nötigt. Bei freier Prüfung nötigen dieselben Erwägungen zur Abweisung der Klage.

C. Zur Unfallversicherung.

Der im Auftrag eines Staatsbeamten (Spezialkommissars) bei Vermessungsarbeiten tätige Landmesser ist nicht im landwirtschaftlichen Betriebe beschäftigt.

Nach einem Urteil des Reichsgerichts, 3. Zivilsenats vom 13. Januar

Erleidet ein Landmesser bei Vermessungsarbeiten, die er im Verfahren wegen Zusammenlegung ländlicher Grundstücke im Auftrag eines Spezialkommissars vornimmt, einen Unfall, so liegt ein Unfall in einem versicherungspflichtigen Betriebe im Sinne des § 1 des UVG. für Land- und Forstwirtschaft v. 30. Juni 1900 vor.

Wie sehr das Gesetz grundsätzlich daran festhält, daß zur Anwendung des Abs. 4 des § 1 Bodenkultur- oder sonstige Bauarbeiten vorliegen müssen, die der Unternehmer des landwirtschaftlichen Betriebes, also der Landwirt selbst, durch seine eigene oder seiner Leute Tätigkeit ausführt, und zwar gerade an seinen Grundstücken — vgl. den Wortlaut des Gesetzes: „auf ihren Grundstücken" — zeigt der Schlußsatz des Absatzes selbst. Denn indem das Gesetz es für notwendig erachtet, ausdrücklich auszusprechen, daß „die kraft öffentlich-rechtlicher Verpflichtung von Unternehmern land- und forstwirtschaftlicher Betriebe für Gemeindezwecke geleisteten Arbeiten zur Herstellung oder Unterhaltung von Gebäuden, Wegen, Kanälen, Dämmen und Wasserläufen" „den land- und forstwirtschaftlichen Betrieben dieser Unternehmer zugerechnet" werden, erkennt es an, daß die Regel des vorhergehenden Satzes 1 diese Arbeiten nicht mitumfaßt, daß sie eben an sich keine Bodenkultur- oder sonstigen Bauarbeiten darstellen, die zum Wirtschaftsbetriebe gehören. Die Zweckmäßigkeitsrücksichten haben nach der Begründung des Gesetzentwurfs zur Aufnahme des Schlußsatzes des Abs. 4 geführt. Sind aber solche Arbeiten, die der Land- oder Forstwirt selbst ausführt, sobald sie nicht zum Wirtschaftsbetriebe unmittelbar gehören, grundsätzlich nicht zu den Bodenkultur- und sonstigen Bauarbeiten im Sinne des ersten Satzes des § 4 zu zählen, so können Arbeiten, auch wenn sie die Anlegung von Wegen oder Gräben zum Gegenstande haben, die nicht der Unternehmer, sondern der Spezialkommissar als Staatsbeamter in dem gesetzlich geordneten Zusammenlegungsverfahren selbst oder durch seine Hilfsbeamten zur Erfüllung der Vorschrift über das Verfahren in Auseinandersetzungs- und Zusammenlegungssachen projektiert und zur Ausführung bringt, erst recht nicht unter die Bestimmung des Abs. 4 fallen, auch wenn man anerkennt, daß die Anlegung der Wege und Gräben der künftigen besseren Bewirtschaftung der zusammengelegten Grundstücke dienen soll.

(„Recht" 1914, Entsch. 837).

Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts.*)

Haftung der Berufsgenossenschaften für die „Unfälle des täglichen Lebens". — Verletzung durch einen Steinwurf auf einer Betriebsfahrt als Betriebsunfall anerkannt, weil der Verletzte der Gefahr durch die Betriebsbeschäftigung ausgesetzt war (2690; Entsch. des Großen Senats, vgl. hier S. 333).

Die Rechtsvermutung des § 584 RVO. bezieht sich nicht nur auf die Ersatzansprüche der Kassen, sondern auch auf die Entschädigungsansprüche des

*) Heft 4 der Amtl. Nachr. (v. 15. April 1914).

Digitized by Google

Verletzten gegen die Berufsgenossenschaft (2691; Entsch. des Großen Senats).

Ist ein Verletzter nicht ein volles Jahr in dem Betriebe beschäftigt gewesen und wird bei Ermittlung seines Jahresarbeitsverdienstes zu seinem Verdienste der durchschnittliche Verdienst eines gleichartigen Arbeiters für die übrigen betriebsüblichen Arbeitstage gemäß § 565 RVO. hinzugezählt, so ist dieser durchschnittliche Verdienst nur aus dem Zeitraum, in dem der Verletzte im Betriebe nicht gearbeitet hat, zu berechnen und mit der Summe der übrigen betriebsüblichen Arbeitstage zu vervielfältigen (2692).

Bei Saisonbetrieben ist naturgemäß weder die Voraussetzung des § 10 Abs. 1 noch die des Abs. 3 Satz 1 GUVG. (§ 564, § 565 RVO.) gegeben; der Jahresarbeitsverdienst ist daher nach § 10 Abs. 3 Satz 2 a. a. O. (§ 566 RVO.) zu berechnen (2693).

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Dienstsiegel der Quittungskarten-Ausgabestellen.

Erlaß des **preuß. Ministers für Handel u. Gewerbe** v. 30. April 1914 (HMBl. S. 212),

Ziff. 1 Abs. 4 der Anweisung für die Quittungskarten-Ausgabe vom 20. November 1911 (HMBl. S. 429) erhält folgenden Zusatz:

„Die anderen Ausgabestellen, welche nicht allgemein zur Führung eines öffentlichen Dienstsiegels berechtigt sind, führen bei den mit der Ausgabe von Karten verbundenen Geschäften ein Dienstsiegel, das die Aufschrift „Ausgabestelle für Quittungskarten" und als Umschrift den Namen und Sitz der Ausgabestelle enthält."

Ich ersuche ergebenst, diesen Zusatz durch das Regierungsamtsblatt zu veröffentlichen und die nachgeordneten Behörden sowie die Vorstände der Krankenkassen darauf aufmerksam zu machen.

Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts.*)

Das Gebiet von Neutral-Moresnet ist im Sinne des § 1268 RVO. nicht Inland (1814).

Kinderzuschuß nach § 1291 RVO. ist auch zu gewähren, wenn der Rentenberechtigte für den Unterhalt der Kinder nicht gesorgt hat (1815).

Der Kinderzuschuß nach § 1291 RVO. ist nach dem Jahresbetrage der Invalidenstammrente, wie er sich aus §§ 1285, 1288, 1289 RVO. unmittelbar ergibt, zu berechnen; es ist nicht etwa der zwölffache aufgerundete Monatsbetrag der Stammrente (§ 1297) zugrunde zu legen (1816).

Wird eine schon vor dem 31. Dezember 1911 gewährte Krankenrente später in eine Dauerrente umgewandelt, so ist der Kinderzuschuß aus § 1291 RVO. nicht zu gewähren (1817).

*) Heft 4 der Amtl. Nachr. (v. 15. April 1914).

Die Kinder eines verstorbenen Versicherten haben auf Waisenaussteuer auch dann Anspruch, wenn die Witwe, die aus der eigenen Versicherung die Wartezeit für die Invalidenrente erfüllt und die Anwartschaft aufrecht erhalten hat, nicht die leibliche Mutter der Waisen ist (1818).

Berechnung der Waisenaussteuer bei mehreren Waisen: Jede erhält bei Vollendung des 15. Lebensjahres den achtfachen Monatsbetrag der von ihr zuletzt tatsächlich bezogenen Waisenrente. Diese ist für jede der gleichzeitig bezugsberechtigten Waisen gleich hoch; insbesondere ist der Gesamtanteil der Versicherungsanstalt gleichmäßig auf alle rentenberechtigten Waisen zu verteilen (1819).

§ 1301 Abs. 2 RVO. (vgl. § 613 Abs. 1 Satz 2 RVO.) ist auch dann anwendbar, wenn die zur Hinterbliebenenfürsorge Berechtigten nicht zugleich zum Bezuge der Rente der verstorbenen Versicherten berechtigt sind (1820).

Für einen Strafgefangenen, der zuvor bei einer Sonderanstalt versichert war, kann unbeschadet der §§ 14 Abs. 3 JVG., 1440, 1371 RVO. rechtswirksam eine Quittungskarte ausgestellt werden (1821).

Ein Anerkenntnis der fortdauernden Gültigkeit der Quittungskarte auf Grund des § 135 JVG. schließt ein Anerkenntnis der Versicherungspflicht gemäß § 1445 Abs. 2 RVO. nicht in sich (1882).

Die Berichtigung freiwilliger Beiträge, die nach dem 1. Januar 1912 in alten Werten entrichtet sind, ist in Hinterbliebenenrentensachen auch nach dem Ableben des Versicherten noch zulässig (1823).

Das Witwengeld gehört nicht zu den im § 1522 Abs. 1 RVO. erwähnten Hinterbliebenenrenten und ist daher neben dem Sterbegeld und der Unfallwitwenrente voll zu zahlen. — Als Witwengeld ist der zwölffache Monatsbetrag der Witwenrente (einschließlich des Reichszuschusses) zu berechnen (1824).

Die Auskunftspflicht der Versicherten aus § 1466 RVO. umfaßt auch die Pflicht, den Namen

Digitized by Google

des Arbeitgebers mitzuteilen. Sie besteht auch dann noch, wenn der Versicherte die Markenrückstände nachträglich selbst entrichtet hat. Sie trifft auch solche Personen, deren Versicherungspflicht wenigstens wahrscheinlich ist. — Die Geldstrafen aus § 1467 RVO. sind Zwangsstrafen und müssen vorher angedroht werden. Gegen die Androhung ist nur Aufsichtsbeschwerde nach §§ 30, 1381 (1382) RVO., gegen die Festsetzung Beschwerde nach § 1500 RVO. gegeben. Die Nachprüfung nach § 1500 erstreckt sich auch auf das Strafmaß (1825).

Die Wirksamkeit der Uebertragung von Pflichten der Arbeitgeber nach § 1494 (vgl. § 534) RVO. setzt nicht eine Anzeige an den Versicherungsträger voraus (§ 1826).

Im Beschlußverfahren erfolgt die Abgabe einer Streitsache nach § 1799 RVO. an das Reichsversicherungsamt nur in den Fällen des § 42 Abs. 3 der Kais. Vrdg. über Verf. der Oberversicherungsämter auf Grund mündlicher Verhandlung. — Im vorbereitenden Verfahren über einen Anspruch auf Invalidenrente gilt § 1669 Abs. 1 RVO. erst nach Errichtung des Versicherungsamts. — Entschädigung für Zeitverlust nach § 1669 Abs. 1 setzt gleichzeitigen Erwerbsverlust voraus (1827).

Bei Entscheidungen und Verfügungen lediglich prozeßleitender Art ist Abgabe der Sache nach § 1799 (§ 1693) RVO. unzulässig. Bei Unzulässigkeit der Abgabe ist der Abgabebeschluß durch einen mit Gründen versehenen Beschluß des Senats aufzuheben und die Sache an das Oberversicherungsamt zurückzugeben (1828).

Der Anspruch des Arbeitgebers auf Rückzahlung irrtümlich geleisteter Beiträge (§ 1446 Abs. 3 RVO.) unterliegt nicht der Verjährungsvorschrift des § 29 Abs. 2 RVO. (1829).

Die Bergantungsprotokollisten im Herzogtum Oldenburg sind nicht versicherungspflichtig (1830).

Junge Leute, die sich im niederen Bureaudienst ausbilden, gelten nicht als Lehrlinge im Sinne des § 1226 RVO. (1831).

E. Zur Angestelltenversicherung.

Erstattung von Portokosten an die Ausgabestellen.

Bescheid des Direktoriums der **Reichsversicherungsanstalt** v. 31. Januar 1914. (Angest.-Vers. S. 72.)

Auf Grund des § 196 des VGfA., der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 29. Juni 1912 (Reichsgesetzbl. S. 406; Amtl. Nachr. der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte 1913 S. 188), ferner der Gesamtministerial-Bekanntmachung für das Herzogtum Sachsen-Altenburg vom 24. Juli 1912 für die Ausgabestellen der Angestelltenversicherung Nr. 19 erhalten die Ausgabestellen von der Reichsversicherungsanstalt für jede Versicherungskarte eine Vergütung von 3 Pfennig. Eine Erstattung der Portokosten, welche den Ausgabestellen durch die gemäß § 189 des VGfA. vorgeschriebene Sendung der Aufnahmekarten an die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte ist im Versicherungsgesetz für Angestellte nicht vorgesehen.

Gemäß § 194 a. a. O. bestimmen die obersten Verwaltungsbehörden der einzelnen Bundesstaaten die Stellen, welche die Versicherungskarten ausstellen (Ausgabestellen). Die Ausstellung der Versicherungskarten stellt sich somit als die Erfüllung einer Verpflichtung dar, die den Ausgabestellen durch das Gesetz und im Verwaltungswege als eigene Obliegenheit zugewiesen ist. Demgemäß handelt es sich nicht um Rechtshilfe im Sinne der §§ 322, 323 a. a. O., welche allein eine Verpflichtung zur Erstattung der Portokosten begründen würde.

Ein Hauswart, der in der Hauptsache Portier ist und nur geringe Schreibarbeiten zu verrichten hat, ist nicht versicherungspflichtig.

Entscheidung des Rentenausschusses Berlin v. 10. November 1913.

Die Versicherungspflicht des Hauswarts W. hängt davon ab, ob er zu einer der in § 1 Absatz 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte genannten Berufsklassen gezählt werden kann.

Wie die Begründung zum Entwurfe des Versicherungsgesetzes für Angestellte ausführt, ist vom Gesetzgeber davon Abstand genommen worden, den Begriff des „Angestellten" zu definieren; der Kreis der Versicherungspflichtigen ist vielmehr dadurch abgegrenzt worden, daß nach unten hin alle der handarbeitenden Bevölkerungsklasse angehörenden Personen (Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge, Dienstboten usw.), nach oben hin die selbständigen von der Versicherungspflicht ausgeschlossen worden sind (Begründung S. 93). Von diesem Gesichtspunkte aus muß die Zusammenstellung von Berufsarten, die der § 1 Abs. 1 des Gesetzes gibt, beurteilt werden. Eine erschöpfende Aufzählung aller innerhalb des in der Begründung gezogenen Rahmens vorhandenen Berufsarten war bei der Vielgestaltigkeit der in Frage kommenden Verhält-

Digitized by Google

nisse nicht ausführbar. Deshalb hat sich der Gesetzgeber begnügt, einige Berufsgruppen aus der Zahl der Angestellten herauszunehmen und besonders aufzuführen. Um also die Frage beurteilen zu können, ob eine Person zu dem Kreise der nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte versicherungspflichtigen Personen gehört, ist daher zunächst die Vorfrage zu beantworten, ob er unter die beiden Klassen fällt, die nach dem Willen des Gesetzgebers von der Versicherungspflicht nach dem Angestelltenversicherungsgesetz ausgeschlossen sein sollten, unter die Selbständigen oder die handarbeitende Bevölkerungsklasse. Erst wenn diese Vorfrage verneint ist, kann es sich weiter darum handeln, zu welcher Berufsgruppe des Absatzes 1 des § 1 des Angestelltenversicherungsgesetzes er zu rechnen ist.

Zu den selbständigen Personen gehört der Hauswart zweifellos nicht.

Es kommt daher allein darauf an, ob er der handarbeitenden Bevölkerungsklasse zuzurechnen ist. Für einen großen Teil seiner Tätigkeit ist das ohne weiteres zu bejahen; denn dieser besteht lediglich in Obliegenheiten, wie sie jedem gewöhnlichen Hausportier zukommen, so das Oeffnen und Schließen der Türen des Gebäudes wie auch des Kassenraumes, die Kontrolle über den Verschluß der Tresoranlage und der Stahlkammer, das Flaggen des Gebäudes, die Ueberwachung der Fensterputzer, die Aufsicht über die Reinmachefrauen, die Weitergabe der Bestellungen zur Vornahme von Reparaturen, die Sorge für die rechtzeitige Abfuhr von Müll und Schlacken und für die Reinhaltung des Bürgersteiges von Schnee und Eis, die Abgabe der gebrauchten sowie die Entgegennahme der neuen Hand- und Wischtücher und schließlich die Bedienung der elektrischen Beleuchtungsanlage. Die Ausführungen des Angestellten, daß dazu große Aufmerksamkeit und Umsicht gehört, ändert an dem Wesen dieser Arbeiten selbst nichts. Nun hat der Hauswart weiter noch die Aufgabe, das Publikum nach den einzelnen Geschäftszimmern zu weisen, im Winter die Briefkästen zu leeren und die Briefe an die Bureaus zu verteilen, die Pfandstücke zur städtischen Pfandkammer anzunehmen und wieder auszugeben. Aber auch mit diesen Arbeiten ist eine höhere, geistige Tätigkeit nicht verbunden. Das Zurechtweisen des Publikums erfordert lediglich die Kenntnis von der Benutzungsart der Räume, wie sie auch von jedem Portier verlangt werden muß. Ebenso erfolgt die Verteilung der Briefe ganz mechanisch nach den aufgezeichneten Adressen, und auch die Annahme und Ausgabe der Pfandstücke erschöpft sich in körperlicher Arbeit, ohne daß damit eine Dispositionsbefugnis oder schriftliche Tätigkeit verbunden ist. Die einzigen Aufgaben, die geeignet sein könnten, den Hauswart über die handarbeitende Klasse hinauszuheben, sind einmal die Aufsicht über die Haftzelle für die Fortbildungsschüler, aber nur insoweit, als ihm die Führung des Aufnahmejournals und die Sorge für die rechtzeitige Entlassung obliegt, nicht dagegen, soweit es sich um die Reinhaltung des Raumes und die Verpflegung der Häftlinge handelt; ferner die Aufstellung der Lohnlisten sowie die Berechnung der Krankenkassen- und Invalidenversicherungsbeiträge. Diese Arbeiten machen aber nur einen wenig erheblichen Teil seiner Gesamttätigkeit aus und sind auch nicht von so großer Wichtigkeit, daß sie ohne Rücksicht auf ihren Umfang die Beurteilung der Stellung des Hauswarts ausschlaggebend beeinflussen könnten. Diese ist vielmehr, wenn man alle seine Obliegenheiten ins Auge faßt, nur derartig, daß sie ihn nicht über den Kreis der Handarbeiter hinaushebt.

Daher kann der Hauswart W. auch nicht zu den Angestellten im Sinne des § 1 Abs. 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte gezählt werden, und seine Versicherungspflicht war zu verneinen.

Digitized by Google

Sprechsaal.

Zur Buchführung der Krankenkassen.

In Nr. 10 dieser Zeitschrift S. 243, 244 ist ausgeführt, daß Muster 8 zur Verordnung vom 9. Oktober 1913 nicht ausführbar sei, da es nicht möglich ist, auszurechnen, wieviel von dem Jahresfixum des Arztes auf den einzelnen Kranken entfällt. Dieser Ansicht kann nicht beigetreten werden; sie dürfte auch wohl kaum von den Aufsichtsbehörden geteilt werden. Es kann den Kassen daher nur dringend geraten werden, schon im Laufe des Jahres diejenigen Vorkehrungen zu treffen, welche die Ausfüllung der Nachweisung am Jahresschlusse ermöglichen, da man sonst auf Schwierigkeiten stoßen könnte. — Aber auch im Interesse einer ordnungsmäßigen Kassenverwaltung ist es erforderlich, möglichst alles zu spezifizieren, was eingenommen oder ausgegeben wird. Die Einzelaufstellungen geben nicht allein ein zuverlässiges Bild über die gewährten Leistungen, sondern sie bilden auch eine willkommene Grundlage für die Buchungen im Hauptbuch; an Hand derselben kann jederzeit festgestellt werden, aus welchen einzelnen Posten sich die Hauptausgaben eines Titels zusammensetzen und somit eine zuverlässige Kontrolle über die Verwendung der Kassenmittel ausgeübt werden. Die Belege liefern kein zuverlässiges Bild dafür, weil sie nach den Eintragungen geordnet und daher unübersichtlich sind. Die Feststellung der in Frage kommenden Leistungen ist auch gar nicht so schwierig, wie dies auf den ersten Blick erscheint, wenn die dafür erforderlichen Buchungen auf dem Laufenden gehalten werden. Dabei ist es nicht erforderlich, wie es von verschiedenen großen Kassen angestrebt wird, daß für jede Versicherungskategorie besondere Rechnungen eingereicht werden; obgleich dieses Bestreben der Kasse viel Arbeit sparen würde, so ist es doch nicht durchführbar, weshalb darauf besser verzichtet werden soll. (Die Arzneirechnung kann allerdings ohne große Mühe nach Geschlechtern ausgestellt werden, weshalb darauf bestanden werden soll.)

Die für den Nachweis der Leistungen erforderlichen Arbeiten müssen daher bei Prüfung der betr. Rechnungen vorgenommen werden, und zwar geschieht das in der Weise, daß auf ein besonderes Formular, dessen Kopf die Versicherungsgruppen und Geschlechter enthält, die einzelnen Rechnungsposten übertragen werden. Das Resultat dieser Uebertragungen wird in einer Aufstellung, die auf die betr. Rechnung zu setzen ist, zusammengefaßt.

Der Nachweis der Leistungen für erwerbsunfähige Kranke erfolgt im Krankenbuch. Neben diesem Krankenbuch ist ein Register für erwerbsfähige Kranke zu führen. Diese beiden Bücher, die für jede Versicherungsgruppe besonders anzulegen sind, bilden gewissermaßen die Spezifikation der für Krankenhilfe, Wochengeld usw. gemachten Aufwendungen. Die auf weibliche Mitglieder entfallenden Zahlen werden mit grüner Tinte eingetragen, während die Versicherungspflicht und -Berechtigung durch P oder B kenntlich gemacht, und die darauf entfallenden Beträge am Jahresschlusse auseinander gerechnet werden.

Beide Krankenbücher sind laufend zu führen; sie erhalten ein alphabetisches Register — wie bei den kaufmännischen Haupt- oder Kopierbüchern üblich — wodurch mehrere Krankheiten eines Versicherten sofort feststellbar sind. Dadurch erübrigt sich auch die Führung von Krankenkarten. Die Uebertragungen in die Krankenbücher erfolgen an Hand des Hauptausgabebuches, damit kein Posten übersehen wird, nur unter Zuhilfenahme der Belege, welche mit den oben beschriebenen Zusammenstellungen versehen sind.

Die weiter angeregte Trennung der Einnahmen- und Ausgabekonten in besondere Bücher ist für große Kassen wohl möglich, empfiehlt sich aber nicht für kleinere Kassen. Dort kann von dem Hauptbuch mit der sogen. amerikanischen Einrichtung aus verschiedenen Gründen nicht abgesehen werden. Nach denselben sind selbstverständlich das Beitragseinnahmebuch sowie die Krankengeldzahlliste als Hilfsbücher unentbehrlich.

Fr. Schönwald, Kassenführer,
Schildberg in Posen.

Anmerkung der Schriftleitung: Die „Betriebskrankenkasse" teilt in Nr. 9 vom 10. Mai d. J. folgendes Schreiben des Kaiserl. Statistischen Amts mit, welches einer Krankenkasse zugegangen ist, die darauf hingewiesen hatte, daß die Bestimmungen des Musters 8 nicht genau durchführbar sein werden:

„Hinsichtlich des für Zwecke des Reichs-Versicherungsamts bestimmten Musters 8 ist zuständigen Ortes festgestellt:

Als Aufwendungen für ärztliche Behandlung, Arznei und sonstige Heilmittel sind für die angegebenen Mitgliedergruppen soweit möglich die wirklich gewährten Leistungen mitzuteilen. Wo aber eine Trennung der Leistungen nach dem Geschlechte der Mitglieder oder nach Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten oder nach den in der Anmerkung des Musters 8 bezeichneten besonderen Mitgliedergruppen nicht möglich ist, genügt vorläufig eine Verteilung der im einzelnen nicht aussonderbaren Leistungen nach Maßgabe der für die Aufwendungen in Betracht kommenden Personen.

Die Art der Unterverteilung der Leistungen ist durch eine Anmerkung auf dem Muster 8 zu erläutern.

Zu empfehlen ist, daß solche Kassen, bei welchen die einzelne ärztliche Leistung honoriert wird, den Kassenärzten nahelegen, sich in jedem Falle nach der Zugehörigkeit des die ärztliche Hilfe Nachsuchenden zu den einzelnen Mitgliedergruppen zu erkundigen und das ausgestellte Rezept mit einem entsprechenden Vermerke, z. B. einem vereinbarten Buchstaben und, wenn möglich, mit der Mitgliedsnummer zu versehen.

Soweit sich die für Familienhilfe gewährten Leistungen nicht ausscheiden lassen, genügt es, nur die ausscheidbaren Aufwendungen mitzuteilen."

Digitized by Google

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Unterschiede der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung nach der Reichsversicherungsordnung und dem Versicherungsgesetz für Angestellte

Das an lehrreichen Aufsätzen besonders reiche Heft 2 des 14. Bandes der „Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft" (Schriftleiter Prof. Dr. Manes) enthält an erster Stelle einen Aufsatz des Regierungsassessors Dr. Sitzler über das oben bezeichnete Thema. Wir teilen daraus mit, was einleitend über den Kreis der Versicherten nach dem einen und dem anderen Gesetze gesagt ist:

„Der Name „Angestelltenversicherung" ist kurz, aber nicht bezeichnend. Er bestärkt die ohnehin vielfach verbreitete Vorstellung, als zerfalle die deutsche Sozialversicherung nach den Gruppen der geschützten Personen in eine Versicherung der Arbeiter und eine solche der Angestellten, von denen die erste in der Reichsversicherungsordnung, die andere im Angestelltenversicherungsgesetz zusammengefaßt sei. Tatsächlich sind die einzelnen Versicherungszweige aber nach der Eigenart der Entschädigungsfälle, also nach Fürsorgegebieten geschieden. Der Reichsversicherungsordnung unterfallen nicht nur eigentliche Lohnarbeiter, sondern auch zahlreiche Gruppen des Mittelstandes. Die Unfall- und Krankenversicherung der Angestellten ist sogar ausschließlich in der Reichsversicherungsordnung geregelt. Lediglich auf dem Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung ist neben die Fürsorge der Reichsversicherungsordnung noch diejenige des Angestelltenversicherungsgesetzes getreten. Dieses Gesetz enthält also durchaus keine erschöpfende Regelung der versicherungsrechtlichen Verhältnisse der Angestellten. Die deutsche Sozialversicherung zerfällt vielmehr nach wie vor in drei Versicherungszweige, die Krankenversicherung, die Unfallversicherung und die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung. Nur hinsichtlich der letzteren greift jetzt eine weitere Trennung Platz.

Auch auf dem Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung schließen sich die Versicherung nach der Reichsversicherungsordnung und dem Angestelltenversicherungsgesetz nicht aus, sondern gehen vielfach nebeneinander her. Bis zu einem Jahresarbeitsverdienste von 2000 M. waren die Angestellten schon bisher nach der Reichsversicherungsordnung zwangsversichert. Diese Versicherung bleibt unverändert bestehen, so daß also etwa ¾ der dem Angestelltenversicherungsgesetz Unterstellten zwei Millionen nunmehr gegen Invalidität, Alter und zugunsten ihrer Hinterbliebenen doppelt versichert sind. In Zukunft wird der Prozentsatz der doppelt Versicherten zweifellos noch steigen, da mit der fortschreitenden Ausbreitung des Versicherungsgedankens wohl immer weniger Angestellte ihre so leicht und billig zu erhaltende Anwartschaft aus der Arbeiterversicherung verfallen lassen werden.

In der Abgrenzung des versicherten Personenkreises lehnt sich das Angestelltenversicherungsgesetz eng an die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung an, um die langjährige Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes auch dem neuen Versicherungszweige nutzbar zu machen. Beschäftigte in niederer Stellung, also eigentliche Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Dienstboten und Lehrlinge aller Art sind lediglich nach der Reichsversicherungsordnung versichert, während umgekehrt Angestellte in höherer und leitender Stellung nur dem Angestelltenversicherungsgesetz unterfallen. Im übrigen stimmen die versicherten Gruppen überein. Beide Gesetze unterstellen der Versicherungspflicht Betriebsbeamte, Werkmeister und andere Angestellte in ähnlich gehobener Stellung, Handlungsgehilfen, Gehilfen in Apotheken, Bühnen- und Orchestermitglieder, Lehrer und Erzieher. Angestellte dieser Gruppen sind also doppelt versichert, soweit sie nicht die Gehaltsgrenze überschreiten, welche die Reichsversicherungsordnung bei einem regelmäßigen Jahresarbeitsverdienste von 2000 M., das Angestelltenversicherungsgesetz erst bei einem solchen von 5000 M. zieht. Eine merkwürdige Ausnahme bilden die Offiziere und Angestellten auf Schiffen mit Ausnahme des Kapitäns; sie sind nach der Reichsversicherungsordnung ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Jahresarbeitsverdienstes versichert, so daß hier also die Versicherungspflicht nach der Reichsversicherungsordnung weiter reicht als nach dem Angestelltenversicherungsgesetz. Von der Normierung einer unteren Gehaltsgrenze sehen beide Gesetze ab. Als untere Altersgrenze setzen sie übereinstimmend die Vollendung des 16. Lebensjahres fest. Dagegen besteht eine obere Altersgrenze für Pflichtversicherte nur in der Angestelltenversicherung; die beim Eintritt in die versicherungspflichtige Beschäftigung das 60. Lebensjahr vollendet haben, mit Rücksicht auf die längere Wartezeit und die erhebliche Beitragshöhe von der Versicherung frei.

Hinsichtlich der allgemeinen Voraussetzungen der Versicherungspflicht bestehen kaum Unterschiede. Hier wie dort fordert das Gesetz ein bestimmtes konkretes Beschäftigungsverhältnis, also eine unselbständige, abhängige Tätigkeit. Diese Tätigkeit muß eine entgeltliche, freiwillige und gesetzlich zulässige sein, und, soweit nicht Handlungsgehilfen, Gehilfen in Apotheken, Bühnen- und Orchestermitglieder, Lehrer und Erzieher in Frage stehen, im Hauptberuf ausgeübt werden. Vorübergehende Dienstleistungen bleiben nach näherer Bestimmung des Bundesrats versicherungsfrei. Eine derartige Bestimmung ist für die Angestelltenversicherung erst nach dem Inkrafttreten des Gesetzes am 9. Juli 1913 ergangen. Sie ist zwar der Bekanntmachung vom 27. Dezember 1899 zum Invalidenversicherungsgesetze nachgebildet, weist aber im einzelnen doch recht erhebliche Aenderungen auf.

Soweit die Voraussetzungen beider Gesetze erfüllt sind, findet eine doppelte Versicherung statt. Diese hat aber nicht, wie die betroffenen Volkskreise vielfach annehmen, eine doppelte Beitragslast zur Folge. Die doppelt versicherten Angestellten bezahlen wohl zweierlei Beiträge; die

Digitized by Google

Beiträge für die Angestelltenversicherung sind aber in den Gehaltsklassen bis zu 2000 M. nur so hoch bemessen, daß sie zusammen mit den nach der Reichsversicherungsordnung zu entrichtenden etwa 8 % des versicherten Einkommens betragen, während in den höheren Gehaltsklassen die Angestelltenversicherungsbeiträge für sich allein diese Höhe haben. Ebenso werden die Leistungen der Angestelltenversicherung neben denen der Reichsversicherungsordnung nur insoweit gewahrt, als das nicht zu einer Ueberversicherung führt.

Der freiwilligen Versicherung steht die Reichsversicherungsordnung viel freundlicher gegenüber als das Angestelltenversicherungsgesetz. Die freiwillige Selbstversicherung wurde in der Angestelltenversicherung überhaupt nur als Uebergangsmaßregel für das Jahr 1913 zugelassen und auch während dieser Zeit nur in engen Grenzen, um nicht das Risiko zum Nachteil der Pflichtversicherten zu erhöhen. Die freiwillige Weiterversicherung ist zwar zugelassen, aber trotz der vom Reichstag vorgenommenen erheblichen Milderung der vom Entwurf vorgeschlagenen Vorschriften noch immer an weit schwerere Voraussetzungen geknüpft als in der Reichsversicherungsordnung. Während diese die freiwillige Weiterversicherung jedem gestattet, der auch nur einen wirksamen Beitrag aufweisen kann und nur bei der Regelung der Wartezeit einen gewissen Schutz gegen eine unbeabsichtigte Inanspruchnahme der Versicherungsanstalten vorsieht, verlangt die Angestelltenversicherung stets mindestens sechs wirksame Monatsbeiträge, wobei allerdings nach dem Beschluß der Reichstagskommission auch Militärdienst und Krankheit mitzählen. Auch die freiwillige Höherversicherung Versicherungspflichtiger, welche die Reichsversicherungsordnung ohne jede Einschränkung gestattet, ist nach dem Angestelltenversicherungsgesetz nur in beschränktem Umfang zulässig. Eine freiwillige Zusatzversicherung schließlich kennt die Angestelltenversicherung überhaupt nicht. Diese Art der freiwilligen Versicherung ist von der Reichsversicherungsordnung ja auch hauptsächlich geschaffen worden, um besser situierten Versicherten die Erreichung höherer Renten zu ermöglichen; mit der Zwangsversicherung der Angestellten hat sie ihre Bedeutung zum größten Teile verloren . . ."

Weiterhin werden erörtert die Unterschiede der beiden Versicherungsarten hinsichtlich des Gegenstandes der Versicherung (der Leistungen), hinsichtlich der Feststellung der Leistungen, der Organisation der Versicherungsträger und Versicherungsbehörden, hinsichtlich der Aufbringung der Mittel und der Vermögensverwaltung und hinsichtlich des Verhältnisses zu anderen Versicherungen.

Zum Schluß wird der Zweck des Aufsatzes durch folgende beachtenswerte Bemerkungen gekennzeichnet:

„Es sollte nur gezeigt werden, wie zahlreiche Abweichungen der teilweise verschiedene Personenkreis und die höheren Leistungen der neuen Versicherung bedingt haben. Es ist wichtig, sich über Art und Umfang dieser Abweichungen einmal klar zu werden; denn die wörtliche oder fast wörtliche Uebereinstimmung zahlreicher Vorschriften verführt leicht dazu, feststehende Grundsätze der Arbeiterversicherung ohne weiteres auf die Angestelltenversicherung zu übertragen. Eine genauere Prüfung ergibt aber häufig, daß gleiche oder ähnliche Vorschriften in dem anderen Zusammenhang des neuen Gesetzes eine vollständig veränderte Bedeutung gewinnen. Dieser Gesichtspunkt darf bei der Auslegung nie aus dem Auge gelassen werden, so wertvoll natürlich andererseits die reichentwickelte Judikatur der Arbeiterversicherung für den neuen Versicherungszweig ist."

Unfälle „bei" der Beschäftigung, als Betriebsunfälle nach englischer Rechtsübung.

Es ist interessant, zu beobachten, wie sehr die gleichen Fragen wie bei uns auch die ausländischen Spruchbehörden beschäftigen. Ob und unter welchen Voraussetzungen ein Unfall auf dem Wege zur und von der Arbeit als entschädigungspflichtiger Betriebsunfall zu gelten hat, macht auch den englischen Gerichten Kopfzerbrechen in den nach dem Arbeiter-Unfall-Entschädigungsgesetz von 1906 zu beurteilenden Prozessen. Hierüber entnehmen wir einem Berichte des Barrister at law Dr. Hirschfeld in London im „Recht" (1914 Sp. 162) folgendes: Bei diesen Prozessen dreht es sich fast stets um die Auslegung der Bestimmung, daß für die Entschädigungsberechtigung maßgebend sein soll, ob der Unfall hervorgegangen ist „infolge und im Verlaufe der Beschäftigung". Diese vielleicht absichtlich unbestimmt gehaltene Vorschrift hat bereits einen wahren Rattenkönig von Entscheidungen hervorgerufen; und trotzdem ist noch kein Ende abzusehen. In einem Falle war der Sachverhalt folgender: Das Schiff des Arbeitgebers lag im Hafen. Der Arbeitnehmer, ein Seemann, der beim Ausladen beschäftigt war, verließ nach beendetem Tagewerk das Schiff, um nach Hause zu gehen. Dazu mußte er eine Planke überschreiten, deren eines Ende auf dem Deck des Schiffes, das andere auf der Sprosse einer dauernd an dem Quai befestigten Leiter ruhte. Er überschritt die Planke unversehrt, glitt aber nach Ersteigung einiger Leitersprossen aus, fiel herunter und erlitt eine Verletzung.

Der Grafschaftsrichter, bei dem er klagte, sprach ihm Schadenersatz zu. Das Berufungsgericht des höchsten Gerichtshofs hob das Urteil auf und wies die Klage ab, weil die Beschäftigungssphäre des Klägers das Schiff war und nicht der Quai. Und da die Leiter Bestandteil des Quai sei, so könnte nicht angenommen werden, daß der Unfall im Laufe seiner Beschäftigung entstanden sei.

Ueber die Auffassung der drei Mitglieder des Gerichtshofs wird folgendes berichtet:

Der Vorsitzende leitete seine Ausführungen mit der Bemerkung ein, daß die Frage über den Anfang und das Ende der „Beschäftigung" den Gerichten oft große Schwierigkeiten bereitet habe. Es unterliege zwar keinem Zweifel, daß ein Seemann, der sich auf dem Quai selbst befinde, wenn solches nicht im direkten Interesse des Schiffes der Fall sei, eine Unfallentschädigung nicht beanspruchen könne. Dagegen dürfe man Zweifel hegen in Fällen, wo er auf dem Wege von dem Schiff zum Quai oder umgekehrt beschädigt worden sei. Diese Schwierigkeit sei indessen gehoben durch die Entscheidung des House of Lords in Sachen Low v. General Steam Fishing Company (1909), wonach eine an dem Quai befestigte Leiter zum Quai gehöre. Dasselbe Prinzip sei angewandt in Sachen Cook v. S. S. Montreal (1913), wo die Stelle der Leiter von einem „Delphin" (eine Art schwimmender Plattform) eingenommen war. Die

Digitized by Google

Leiter sowohl wie der Delphin lägen sonach außerhalb der Beschäftigungssphäre des Arbeiters. — Der zweite Richter des Kollegiums ist weniger dogmatisch: Wenn nicht der Fall Cook v. S. S. Montreal vorläge, so würde er annehmen, daß die Planke und die Leiter zusammen die einzige Möglichkeit des Zugangs bilden, und daß die beiden Vorrichtungen rechtlich nicht getrennt werden dürften (Kitchenham v. S. S. Johannesburg 1911). In Anbetracht jedoch des Urteils in „Cook v. S. S. Montreal" müsse dieser Gerichtshof gegen den Kläger entscheiden. — Der dritte Richter beschränkte sich im wesentlichen darauf, zu sagen, daß er nicht in der Lage sei, diesen Fall von „Cook v. S. S. Montreal" zu unterscheiden.

Der Berichterstatter bemerkt hierzu:

Um einen Anhalt für die rechte Würdigung des vorliegenden Falles zu geben, muß man die Präzedenzfälle kennen. Im Falle Kitchenham v. S. S. Johannesburg (1911) formulierte Lord Justice Moulton das leitende Prinzip in derartigen Fällen so: Die Rückkehr zum Schiff gehört zu der Beschäftigung des Mannes; aber die aus seiner Beschäftigung entstehenden Gefahren fangen erst an, wenn er etwas zu tun hat, das spezifisch mit seiner Beschäftigung auf dem Schiff zusammenhängt. Dieser unbestreitbar vernünftige und billige Satz wurde dem Urteil in jener Sache zugrunde gelegt und der Anspruch zuerkannt. Bei intelligenter Anwendung desselben wäre für eine große Reihe von Fällen eine gute Grundlage gegeben, auf der bequem hätte weitergearbeitet werden können. Statt dessen unterschieden im Falle Cook v. Montreal die Richter in mechanisch dialektischer Weise zwischen Eigentum an der Leiter und Eigentum an der Planke und gelangten so zu einem absurden und bedauerlichen Urteil. Auf dieses Urteil fühlten sich die Richter in unserem Falle festgenagelt und verrieten eine geradezu krankhafte Hilflosigkeit des non possumus. Das ist der tiefe Schatten in diesem System der blinden Präjudizien-Verehrung.

Die Zusatzversicherung zur Invalidenversicherung,

wie sie durch die Reichsversicherungsordnung (§§ 1472 ff.) ermöglicht worden ist, hat bei den Versicherten nach den bisherigen Erfahrungen keinen besonderen Anklang gefunden. Das beweist der Bericht des Reichsversicherungsamts über die im Jahre 1913 verwendeten Zusatzmarken. Während die Gesamtzahl der Wochenbeiträge über 750 Millionen beträgt, sind nur 34 738 Zusatzmarken verwendet worden. Die niedrigste Ziffer mit 10 (!) Zusatzmarken weist die Landesversicherungsanstalt Oldenburg auf, während die Anstalt Württemberg mit 3693 Zusatzmarken die Höchstzahl erreicht. Im Bezirk der Versicherungsanstalt Berlin sind nur 565, in dem der Versicherungsanstalt Brandenburg nur 1983 Zusatzmarken verwendet worden. Hierzu bemerkt die „Soziale Praxis" (23 Nr. 31): „Wenn auch der äußerst geringe Umfang dieser Form freiwilliger Versicherung teilweise auf Unkenntnis der Versicherten zurückzuführen sein mag, so läßt sich doch nicht leugnen, daß die Zusatzversicherung in ihrer heutigen Gestalt als reine Risikoversicherung von vornherein nicht darauf angelegt war, sich die Sympathien der großen Masse der Versicherten oder auch nur des sogen. Mittelstandes zu erringen. So lange die Zusatzversicherung nicht auch der Hinterbliebenenfürsorge dienstbar gemacht wird, für die sie von sehr großem Werte sein könnte, ist und bleibt sie für die große Menge der Versicherten ohne praktische Bedeutung." — Schon Weymann hat in seiner Schrift „Gemeinverständliche Darstellung der deutschen Reichsversicherung" darauf hingewiesen, daß die Zusatzversicherung des Ausbaues bedarf, und insbesondere empfohlen, sie unmittelbar auch für die Hinterbliebenenfürsorge fruchtbar zu machen (3. Aufl. 1913, S. 90, 91).

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und recht deutlich zu schreiben.

Teuerungszulage als Teil des Entgelts.

1. Nach Diepenlinchen. Antwort: Die „Teuerungszulage" ist als Teil des Entgelts bei Bemessung der Beiträge mit zu berücksichtigen. Die Bezeichnung ist unerheblich, da sie nur den wirtschaftlichen Beweggrund für die Bewilligung ausdrückt. Daß die Zulage vom Arbeitgeber „freiwillig" gewährt wird, soll doch wohl nur heißen, daß er sie jederzeit wieder entziehen kann. Dies ist aber versicherungsrechtlich ohne Belang, da die Versicherten die Zulage bereits seit 2½ Jahren beziehen und bis auf weiteres auf den Fortbezug rechnen können.

Berechnung des nach § 197 RVO. der leistungspflichtigen Kasse zu erstattenden Betrages.

2. Nach Blankenburg-Th. Antwort: Nach § 197 RVO. ist der leistungspflichtigen Kasse auf Verlangen das Wochengeld „nach Verhältnis der Mitgliedzeit" zu erstatten. Das bedeutet offenbar nach Verhältnis der verschiedenen Mitgliedzeiten, die auf die einzelnen Kassen entfallen. War die Wöchnerin bei Ihrer Kasse 26 Wochen, bei der andern 10 versichert, so muß die Ihre 26/36 des

Digitized by Google

Wochengeldes erstatten, nicht aber nur 26/52; denn die Mitgliedzeit wird nicht etwa in Verhältnis zu dem der Niederkunft vorangegangenen Jahr gesetzt. Daß Hahn, Handb. der KrVers., dieselbe Ansicht vertritt, geht deutlich aus dem dort angeführten Beispiel hervor, in welchem auf jede Kasse je 5 Monate Mitgliedschaft entfallen, und infolgedessen die erstattungspflichtige Kasse die Hälfte des Wochengeldes zu erstatten hat; sonst müßte sie nur $^5/_{12}$ erstatten. Ihre Kasse muß daher an die leistungspflichtige 24,26 M. zahlen.

Beginn des Fristlaufs für die Weiterversicherung nach § 313 Abs. 2 RVO.

3. Nach Breslau. Antwort: Wir hegen zunächst Zweifel, ob der Versicherten, die durch ihre feste Anstellung als Telegraphengehilfin nach § 169 RVO. versicherungsfrei geworden ist, überhaupt das Recht zur freiwilligen Weiterversicherung nach § 313 zusteht. Wir verweisen darüber auf unsere Auskunft (nach Unna) in Heft 13 S. 316. Wollte man aber, entgegen unseren dortigen Ausführungen, ein solches Recht anerkennen, so meinen wir, daß die Frist zur Geltendmachung dieses Rechtes (§ 313 Abs. 2) für die Versicherte erst von dem Tage an lief, an dem ihr die Anstellungsverfügung zugegangen oder eröffnet worden ist. Mag auch die Anstellung selbst vom 1. März ab gelten, so können doch Rechtswirkungen zum Nachteile der Versicherten nicht vor jenem Zeitpunkt, also nicht vor dem 2. April eintreten. Man muß insoweit hier die allgemeinen Rechtsgrundsätze über empfangsbedürftige Willenserklärungen (§ 130 BGB.) entsprechend anwenden, wenn man nicht zu rechtlich unhaltbaren Folgerungen kommen soll, wie die: daß die Frist aus § 313 Abs. 2 RVO. zum Nachteile der Versicherten abgelaufen wäre, obwohl sie von dem (vermeintlichen) Fristbeginn keine Kenntnis haben konnte.

Jahrespauschsatz für Aerzte nach der Zahl der Versicherten.

4. Nach Dr. Antwort: Das den Aerzten für jedes versicherungspflichtige Mitglied zu zahlende Pauschale ist aufzufassen als ein Satz, welcher der Mannigfaltigkeit und Verschiedenheit der Fälle durchschnittlich gerecht werden soll. Der Jahresbetrag für jeden einzelnen Versicherungspflichtigen ist zu zahlen ohne Rücksicht, ob und in welchem Maße der einzelne die Hilfe der Aerzte im Laufe des Jahres in Anspruch genommen hat. Dementsprechend ist es auch als Absicht der Vertragsparteien anzusehen, daß es nicht darauf ankommen soll, wie lange der einzelne im Laufe des Jahres der Kasse angehört hat. Diese Erwägung und auch die Fassung der Vertragsbestimmung stehen der Annahme entgegen, daß für solche, die nur kurze Zeit der Kasse angehört haben, nur ein Teilbetrag des Pauschsatzes zu entrichten sei. Das Pauschale ist begrifflich ein fester, unteilbarer Satz. Für die vierteljährliche Abrechnung, die der Vertrag vorsieht, werden die Vorschriften in Ziff. 1 Abs. 2 der Ausführungsbestimmungen zu Nr. 11 des Berliner Abkommens (vgl. Arb.-Vers. 1914 S. 282) eine sachdienliche Anleitung bieten; nur beziehen diese sich auf alle Kassenmitglieder, während das Pauschale nach dem Vertrage sich nur auf die Pflichtmitglieder bezieht.

Einziehung der Arbeitnehmerbeiträge beim Fehlen eines Barlohnes.

5. Nach O. Frage: Ein Restaurationskellner erhält von seinem Arbeitgeber nur freie Tageskost, im übrigen ist er auf die Einnahme von Trinkgeldern angewiesen. Nach der Anleitung über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen liegt Versicherungspflicht vor, und der Arbeitgeber, der die Beiträge bislang allein getragen hat, verlangt jetzt von dem Kellner Erstattung der Beitragsanteile für drei Monate. Eine Bestimmung gemäß § 1437 RVO. ist nicht ergangen.

Antwort: Nach § 394 Abs. 1 Satz 2 RVO. dürfen die Beitragsteile der Arbeitnehmer zur Krankenversicherung und nach § 1432 Abs. 1 Satz 2 diejenigen zur Invalidenversicherung nur durch Abzug vom Barlohn seitens des Arbeitgebers eingezogen werden. Daher kann dieser, falls kein Barlohn gewährt wird, sie überhaupt nicht erstattet verlangen, solange nicht die oberste Verwaltungsbehörde gemäß § 394 Abs. 2 und § 1437 eine besondere Bestimmung über die Erstattung der Beitragsteile der Arbeitnehmer für den Fall getroffen hat, daß das Entgelt nur aus Sachbezügen besteht oder von Dritten gewährt wird. Was die Invalidenversicherung betrifft, so hat der preußische Handelsminister bestimmt, daß die Regierungspräsidenten darüber zu entscheiden haben. (Erlaß vom 27. Juni 1912 in der Arb.-Vers. 1912 S. 488 Ziff. 6). Es empfiehlt sich daher beim Regierungspräsidenten die Entscheidung zu beantragen. Eine entsprechende Vorschrift fehlt für die Krankenversicherung noch; denn in dem Erlaß Ziff. 6 ist nur auf § 1437 hingewiesen. Daher fehlt es zurzeit in Preußen noch an der Möglichkeit, die Beiträge vom Arbeitnehmer in solchen Fällen einzuziehen.

Versicherungspflichtiges Lohnarbeitsverhältnis zwischen Eltern und Kindern.

6. Nach Bergheim. Antwort: Die Auskunft im Preuß. Verwaltungs-Blatt, Jahrg. 35 Nr. 27 S. 489 darf nicht dahin verstanden werden, daß ein Lohnarbeitsverhältnis immer anzunehmen sei, wenn es in der Gegend üblich ist, daß statt der fremden Kräfte die eigenen Kinder in der Landwirtschaft und im Haushalt der Eltern regelmäßig arbeiten, und daß an ihrer Stelle Knechte gehalten werden müßten, wenn die Kinder anderswo Lohnarbeit aufsuchen müßten. Gemeint ist nur, daß diese Sachlage ein wichtiges Moment bildet bei der Beurteilung der Frage, ob ein wirkliches Lohnarbeitsverhältnis und nicht bloß die Erfüllung wechselseitiger Pflichten auf Grund des familienhaften Zusammenlebens vorliegt. Denn es ist weiterhin ausdrücklich hervorgehoben, daß ein Lohnarbeitsverhältnis da, wo neben Unterhalt nur Taschengeld gewährt wird, nicht anzunehmen sei, und daß ein ernsthaftes Arbeitsverhältnis vorliegen müsse, bei dem Leistung und Gegenleistung in einem angemessenen Verhältnisse stehen; und es ist ferner auf Ziff. 23c der Anleitung des RVA. v. 26. April 1912 verwiesen. Dort aber heißt es: „Die Frage, ob zwischen Verwandten ein Arbeitsverhältnis besteht, kann nur nach Lage der jeweiligen Umstände zutreffend entschieden werden. Dabei ist unter anderem erheblich, ob der angebliche Arbeit-

Digitized by Google

nehmer eine verwertbare Arbeitskraft besitzt, ob er Lohnarbeiten bei Fremden ausgeführt hat, insbesondere etwa zu den Berufsarbeitern zählt, ob der angebliche Dienstherr einer gelohnten Hilfskraft bedurfte, auch sonst eine solche zu halten pflegte, ob eine bestimmte Vergütung vereinbart ist und regelmäßig gewährt wird, ob sie den Leistungen angemessen ist, ob nicht nur nach Befinden und Belieben, sondern mit einer gewissen Ständigkeit bestimmte Arbeiten verrichtet worden sind usw." Was insbesondere den Fall betrifft, daß ein Betriebsunternehmer mehr Hauskinder beschäftigt, als er eigentlich zur Erledigung der Arbeiten nötig hätte, daß insbesondere z. B. ein Landwirt an Stelle eines Knechtes und einer Magd mehrere eigene Söhne und Töchter beschäftigt, so läßt sich auch hier nicht allgemein, sondern nur von Fall zu Fall urteilen. Der Regel nach wird, infolge der Verteilung der eigentlich nur eine Arbeitskraft erfordernden Leistungen auf mehrere Kinder, die Arbeit des einzelnen nur als familienhafte Unterstützung anzusehen sein; und wenn dafür überhaupt ein bestimmter Lohn — nicht bloß Unterhalt und allenfalls noch Taschengeld — gezahlt wird, so wird auch dieser entsprechend gering sein. Dann wird in Frage kommen, ob nicht diese Dienstleistungen im Hinblick auf die Geringfügigkeit dessen, was als eigentliches Arbeitsentgelt angesehen werden kann, gemäß Ziff. I 3 der Bekanntmachung v. 17. November 1913 (Arb.-Vers. 1913 S. 848) als vorübergehende zu betrachten und deshalb versicherungsfrei sind.

Generalbevollmächtigung des Geschäftsführers einer Krankenkasse zur Prozeßführung.

7. Nach O. K. O. Antwort: Für den Zivilprozeß ist vorgeschrieben, daß die Vollmacht zu den Gerichtsakten abzugeben ist (§ 76 ZPO.). Eine solche Vorschrift besteht nicht für das Verfahren vor den Versicherungsbehörden. Vorgeschrieben ist durch die Verordnungen über das Verfahren nur, daß die Vollmacht schriftlich erteilt werden muß (RVA. § 24; OVA. § 14; VA. § 19). Selbstverständlich muß die Bevollmächtigung nachgewiesen werden, aber dies braucht nicht durch Abgabe zu den Akten, sondern kann auch durch Vorweisung geschehen. Die Vorweisung hätte dann freilich bei jeder einzelnen Prozeßhandlung des Bevollmächtigten zu erfolgen. Deshalb wird die Abgabe zu den Prozeßakten die Regel sein. Wenn aber jemand, insbesondere ein Angestellter vom Versicherungsträger allgemein mit der Vertretung des Vorstandes in Streitsachen betraut wird (was unbedenklich zulässig ist, vgl. z. B. Bescheid des RVA. 2293 Amtl. Nachr. 1908 S. 694), so ist der Anforderung jener Vorschriften über das Verfahren jedenfalls dadurch vollkommen genügt, daß seine allgemeine schriftliche Bevollmächtigung der Behörde nachgewiesen wird. Als Nachweis gilt es, wenn der Vorstand der Kasse dem Versicherungsamt und dem Oberversicherungsamt die allgemeine Bevollmächtigung des Geschäftsführers zur Vertretung in Streitsachen anzeigt (vgl. §§ 167, 171 BGB.). Das Verlangen dieser Behörden, daß gleichwohl in jedem einzelnen Fall eine besondere Vollmacht vorgelegt werden müsse, ist unbegründet.

Einfluß des Ruhens der Rechte und der Pflichten von Ersatzkassenmitgliedern bei der Zwangskasse auf schwebende Unterstützungsfälle.

8. Nach Jena. Frage: Ein Mitglied unserer Kasse trat am 1. Januar 1914 zu einer Ersatzkasse über. Mitte Dezember erkrankte das Mitglied und wurde bis 14. Januar 1914 im Krankenhause behandelt. Bis zum 31. Dezember haben wir die Kosten getragen, für die übrige Zeit halten wir die Ersatzkasse für zahlungspflichtig. Diese lehnt allerdings ab. Wie ist die Rechtslage? § 212 RVO. kommt wohl nicht in Frage?

Antwort: § 212 RVO. paßt nicht. Denn er setzt voraus, daß die Mitgliedschaft bei der alten Kasse erlischt. Ruhen aber die Rechte und die Pflichten eines Ersatzkassenmitgliedes bei seiner Zwangskasse, so besteht doch seine Mitgliedschaft bei dieser weiter. § 212 kann also nicht zur Entscheidung herangezogen werden. Es handelt sich um einen Unterstützungsfall, der eingetreten ist, als die Rechte und Pflichten bei der Zwangskasse noch nicht ruhten, damals wurde der Anspruch auf Unterstützung erworben und darum kann er nicht nachträglich verloren gehen. Das Ruhen der Rechte verhindert zwar die Entstehung neuer Ansprüche, vernichtet aber nicht bereits vorher entstandene. Ueberdies tritt es auch nur auf Antrag ein (§ 517). Infolgedessen kann der Versicherte die Unterstützung von Ihrer Kasse fordern. Er kann sie aber auch von seiner Ersatzkasse beanspruchen. Denn sobald er Mitglied ist, hat er auch die vollen Rechte eines solchen. Der Versicherte hat demnach die Wahl, ob er ärztliche Behandlung von der Zwangs- oder von der Ersatzkasse sich gewähren läßt, das Krankengeld kann er von beiden beanspruchen. Die Zwangskasse hat es aber nach § 189 RVO. zu kürzen.

Der Berufsgenossenschaft muß auch für Sonn- und Feiertage Ersatz für Krankenpflege nach § 1513 RVO. geleistet werden.

9. Nach F. Antwort: Die Krankenkasse muß der Berufsgenossenschaft nach § 1513 RVO. für jeden Tag der Krankenpflege, also auch für Sonn- und Feiertage Ersatz leisten. Denn auch die Verpflichtung der Kasse, Krankenpflege zu gewähren, beschränkt sich nicht auf die Arbeitstage. § 1513 Abs. 2 Satz 2 RVO. gibt nur den Maßstab für den Umfang des Ersatzes an, schreibt aber keineswegs vor, daß dieser nur für diejenigen Tage gefordert werden könne, für die auch der Anspruch auf Krankengeld begründet sei.

Bitte.

Die **Allg. Ortskrankenkasse des Kreises Bergheim** (Erft), bittet Krankenkassen, welche Sektionen eingerichtet haben, um Mitteilung von Erfahrungen und Ratschlägen betreffend Anlegung eines Gesamtmitgliederverzeichnisses, welches eine genaue Kontrolle der Nebenstellen durch die Hauptgeschäftsstelle ermöglicht.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.
Druck von Hartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Dippe; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe; Geh. Regierungsrat Professor Dr. Laß, Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Rat Dr. Olshausen; Geheimrat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1067 der ganzen Folge

31. Jahrgang | **11. Juni 1914** | **Heft 17**

Hat der Auftraggeber auch für versicherungsfreie Hausgewerbtreibende Zuschüsse nach § 469 ff. RVO. zu zahlen?

Von Ministerialrat **Schäffer** in **Stuttgart**.

Die vorliegende in Heft 11 S. 254/255 und in Heft 14 S. 338 erörterte Frage ist von allgemeiner Bedeutung, so daß eine weitere Stellungnahme zu derselben angezeigt erscheint.

Aus dem Inhalt der §§ 466 ff. RVO. sowie namentlich aus der in Heft 14 S. 338 von Herrn Rat Leicht zum Teil wörtlich angeführten Begründung hierzu ergibt sich m. E. mit großer Klarheit, daß der Gesetzgeber den „Auftraggeberzuschüssen" einen durchaus eigenartigen und selbständigen Charakter gegenüber den Versicherungsbeiträgen beilegen wollte und auch beigelegt hat. Die Auftraggeberzuschüsse sind keine Versicherungsbeiträge im Sinne der RVO. Für die Versicherungsbeiträge ist das Vorhandensein eines Versicherungsverhältnisses desjenigen, zu dessen Gunsten die Beiträge zu bezahlen sind, erforderlich. Dieses Erfordernis gilt aber gerade für Auftraggeberzuschüsse nicht. Hierin zeigt sich eben der wesentliche Unterschied zwischen diesen beiden Leistungen. Grundlegend für die Natur der Auftraggeberzuschüsse ist der § 469 RVO. Hiernach sind Zuschüsse von denjenigen einzubezahlen, in deren Auftrag und für deren Rechnung hausgewerblich, d. h. in der in § 162 RVO. bestimmten Weise gearbeitet wird. Darin liegt ja auch die großzügige Regelung der hausgewerblichen Krankenversicherung, daß einheitlich sämtliche Auftraggeber für hausgewerbliche Arbeit überhaupt zu der Aufbringung der Kosten der hausgewerblichen Krankenversicherung beitragen müssen (zu vgl. auch § 471). Es kommt nach § 470 Abs. 1 RVO. nicht nur nicht darauf an, welcher Kasse gerade ein Hausgewerbtreibender angehört, sondern auch nicht darauf, ob derselbe überhaupt einer Kasse angehört, d. h. ob er überhaupt versichert ist. Letztere Bestimmung kann nicht etwa hinreichend damit erklärt werden, daß nach § 468 mit § 442 RVO. der Hausgewerbtreibende erst durch die Eintragung in das Mitgliederverzeichnis Kassenmitglied wird. Denn in § 470 ist allgemein in bestimmter Weise vorgeschrieben, daß die Kassenzugehörigkeit der einzelnen Hausgewerbtreibenden (nicht etwa bloß die versehentliche Nichtzugehörigkeit) für die Auftraggeberzuschüsse ohne Bedeutung ist. Auch in § 478 Abs. 2 RVO. ist ausdrücklich der Fall vorgesehen, daß Zuschüsse für Nichtversicherte gezahlt werden. Würde die Auffassung, daß der betreffende Hausgewerbtreibende versicherungspflichtig sein muß, zutreffen, so wäre doch die nächstliegende und wohl richtige Regelung dahin gegangen, daß die für versicherungsfreie Hausgewerbtreibende einbezahlten Zuschüsse nach Feststellung des Tatbestandes den Auftraggebern wieder zurückbezahlt werden müßten. Eine solche Regelung ist aber im Hinblick auf den Charakter der Auftraggeberzuschüsse absichtlich

Digitized by Google

nicht getroffen worden; vielmehr hat der Gesetzgeber für diese Zuschüsse eine Verwendung für Kassenzwecke besonders vorgesehen. In dieser Verwendungsbestimmung kommt gerade der Grundgedanke wieder zum Ausdruck, daß die Auftraggeber von hausgewerblicher Arbeit nach der Gesamthöhe des Entgelts, das sie „im Reichsgebiet für hausgewerbliche Erzeugnisse zahlen" (zu vergl. Begründung S. 99) zur hausgewerblichen Krankenversicherung beizutragen haben. Der Gesetzgeber hat hiernach bewußt die Auftraggeber auch insoweit zu Leistungen verpflichtet, als sie solche Personen hausgewerblich beschäftigen, die für sich (z. B. nach § 467 oder 168 RVO.) versicherungsfrei sind. Es handelt sich nicht darum, daß den Auftraggebern Lasten auferlegt werden für Personen, die gar nicht der Versicherung unterliegen, sondern darum, daß sämtliche Arbeitgeber von hausgewerblicher Arbeit solidarisch an den Lasten mitzutragen haben, die aus der Versicherung der Hausgewerbtreibenden erwachsen.

Schließlich sei noch bemerkt, daß der § 493 RVO. bei der vorliegenden Frage nicht wohl verwertet werden kann. Der § 493 bildet lediglich eine gewisse Ergänzung zu § 469 RVO. Der letztere Paragraph bezieht sich nur auf die im Inland verrichtete hausgewerbliche Arbeit, da das Gesetz zunächst nur die inländischen Tätigkeiten erfaßt. Nach § 493 soll gegebenenfalls auch die im Ausland verrichtete hausgewerbliche Tätigkeit zur Grundlage von Zuschüssen für die inländische hausgewerbliche Versicherung gemacht werden können.

Die Rechtsverhältnisse der mittleren und unteren Beamten der Preußischen Landesversicherungsanstalten.

Von Regierungsassessor Dr. **Weber** in **Hannover-Waldhausen.**

Schluß

Diesen Schlußfolgerungen ist nicht beizustimmen. § 98 JVG. hatte, wie schon bemerkt, den Landesregierungen vollkommen freie Hand gelassen, welche Anweisungen sie zur Uebertragung der Rechte und Pflichten der Kommunalbeamten auf die Beamten der Landesversicherungsanstalten treffen wollte. Die Regierung handelte daher dem Gesetz entsprechend, wenn sie in dem Erlasse vom 30. November 1899 anordnete, daß den Anstaltsbeamten die Rechte und Pflichten der Beamten des Kommunalverbandes der betreffenden Provinz zu übertragen seien und den Ober-Präsidenten aufforderte, zur näheren Regelung der Verhältnisse den Vorstand der Landesversicherungsanstalt zur Ausarbeitung eines Reglements aufzufordern, das den Ministern zur Genehmigung vorzulegen sei.

Wenn also das Oberverwaltungsgericht aus den erwähnten Motiven herausgelesen hat, daß die Staatsregierung von der Ansicht ausgegangen sei, ihrer Pflicht gemäß § 98 genügt zu haben, so mag das richtig sein. Daß aber die Landesregierung die Ansicht gehabt hat, selbst den Anstaltsbeamten die Rechte und Pflichten der Kommunalbeamten schon übertragen zu haben, geht aus den zitierten Motiven nicht hervor. Aus den Worten: „ist . . . . . angeordnet worden, daß die . . . Beamten . . . . . gleichzustellen sind", folgt vielmehr, daß die Regierung in ihrem Erlasse nur einen Auftrag zur Uebertragung gesehen hat, denn sonst würde sie gesagt haben: „Durch den Erlaß vom 30. November 1899 sind die Beamten . . . . . gleichgestellt". Wie das Oberverwaltungsgericht den Wortlaut des Erlasses selbst zur Begründung seiner Ansicht heranziehen kann, ist vollends unbegreiflich, da zweifellos in Worten: „Wir bestimmen, daß . . . . . zu übertragen sind" nicht die Uebertragung selbst ausgesprochen, sondern nur ein Auftrag zu einer solchen enthalten ist (vgl. auch

Digitized by Google

Arb.-Vers. 1901 S. 584, ferner Rosin a. a. O. Bd. II S. 318 Anm. 54), zumal der Minister gleichzeitig die Einreichung eines Reglements, in dem die nähere Regelung der Verhältnisse nach den von ihm bezeichneten Gesichtspunkten erfolgen sollte, auffordert. Die Uebertragung der Rechte und Pflichten der Kommunalbeamten auf die Beamten der Landesversicherungsanstalten ist demnach nicht schon durch den Erlaß vom 30. November 1899, sondern erst durch die Genehmigung des in dem bezeichneten Erlasse und demjenigen vom 28. November 1900 geforderten Reglements erfolgt.

Hiernach nehme ich im Gegensatz zum Oberverwaltungsgerichte an, daß auch die sogenannten allgemeinen Rechte und Pflichten (s. oben) von Kommunalbeamten auf die betreffenden Anstaltsbeamten erst mit dem Inkrafttreten des für sie maßgebenden Reglements übergegangen sind. Insbesondere kann es bezüglich der Gehaltsverhältnisse keinem Zweifel unterliegen, daß diese mit dem Erlasse vom 30. November 1899 nicht schon in dem Sinne geregelt sein sollten, daß den Beamten damit ein Rechtsanspruch auf die bei der Provinzialverwaltung geltenden Gehaltssätze gewährt sein sollte, denn zu den Bestimmungen, welche nunmehr auf die Beamten der Landesversicherungsanstalten anzuwenden waren, gehörte auch § 96 der Provinzialverordnung vom 22. März 1881 (die im wesentlichen für ganz Preußen gilt), welcher besagt: „Sämtliche Provinzialbeamte haben die Rechte und Pflichten mittelbarer Staatsbeamten. Die besonderen dienstlichen Verhältnisse werden durch ein vom Provinziallandtage zu erlassendes Reglement geordnet".

Zu den besonderen dienstlichen Verhältnissen gehören zweifellos auch die Gehaltsverhältnisse. Das sie ordnende Reglement mußte vom Vorstand der Landesversicherungsanstalten in Verbindung mit dem Ausschuß aufgestellt werden. Das ist bei sämtlichen Landesversicherungsanstalten so geschehen, und das so aufgestellte Reglement hat die ministerielle Genehmigung gefunden. Daraus folgt, das die Gehaltsverhältnisse erst mit dieser Genehmigung geregelt sein konnten. Die Frage, ob, seit wann und unter welchen Voraussetzungen den Beamten ein Rechtsanspruch auf das in dem Reglement ausgeworfene Gehalt zusteht, kann demnach nur auf Grund des Reglements beantwortet werden. (In gleichem Sinne hat sich das Kammergericht in seiner Entscheidung vom 12. 10. 1909 11 U 4454. 09 ausgesprochen).

In bezug auf die Regelung der Gehaltsverhältnisse steht dieser Auffassung die Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts vom 24. Juni 1902 anscheinend nicht entgegen. Es wird hier weiter ausgeführt, daß die gemäß § 96 der Provinzialverordnung den Provinzen aufgegebene weitere Regelung außer der schon angeordneten Uebertragung sich noch auf mannigfache andere, die Beamten der Versicherungsanstalt angehende Verhältnisse erstrecken dürfe, so daß es in der Tat von Bedeutung sein könne, wenn das Inkrafttreten des Reglements auf einen späteren Zeitpunkt als den 1. Januar 1900 verlegt sei. Was allerdings das Oberverwaltungsgericht mit den „mannigfachen anderen, die Beamten der Landesversicherungsanstalten angehenden Verhältnissen" meint, wird nicht gesagt. Man geht aber wohl nicht fehl, wenn man annimmt, daß es zwischen den allgemeinen Rechten und Pflichten der Kommunalbeamten und den besonderen Rechten („besonderen dienstlichen Verhältnissen" § 96 PO.) unterscheiden will und bezüglich dieser ein Inkrafttreten des Reglements nach dem 1. Januar 1900 mit den §§ 98, 194 JWG. für vereinbar hält.

Aus diesen Ausführungen folgt, daß, wenn den Beamten der Landesversicherungsanstalten das höhere Gehalt, das der Beamtenschaft die Neuorganisation der Landesversicherungsanstalten auf Grund des § 98 JWG. gebracht hat, erst vom 1. Januar 1901 ab zugute gekommen ist, damit nicht gegen das Gesetz und die es ergänzenden Erlasse verstoßen ist. Es ist allerdings nicht zu verkennen, daß die gegenteilige Ansicht in den

Digitized by Google

Entscheidungen des Oberverwaltungsgerichtes eine gewisse Stütze findet.

Hieran knüpft sich von selbst die Frage, ob den Beamten der Landesversicherungsanstalten der Rechtsweg für die Geltendmachung ihrer Gehaltsansprüche offen steht. Dies ist zu bejahen.

Die Beamten sollten nach den Weisungen des Ministers die Rechte und Pflichten von Kommunalbeamten erhalten. Daraus, daß der Minister die Reglements, welche die von der Landesregierung in den Erlassen vom 30. November 1899 und 28. November 1900 aufgestellten Grundsätze ausführen, genehmigt hat, geht hervor, daß die Reglements diesen Grundsätzen entsprechen. Den Beamten sind daher mit den Rechten und Pflichten von Kommunalbeamten allgemein die Rechte und Pflichten mittelbarer Staatsbeamten übertragen. Infolgedessen kömen alle Beschränkungen, denen die Geltendmachung der Besoldungsansprüche unmittelbarer Staatsbeamten im Rechtswege unterworfen ist, für die Geltendmachung der Besoldungsansprüche der Anstaltsbeamten nicht gelten. Nun stand nach §§ 104 ff. ALR. II. 10 allen Beamten der Rechtsweg für ihre Gehaltsansprüche unbeschränkt offen. Durch die Kabinettsorder vom 7. Juli 1830 wurde jedoch den unmittelbaren Staatsbeamten der Rechtsweg für Besoldungsansprüche verschlossen, während er den mittelbaren Staatsbeamten nach wie vor offen blieb. Infolgedessen konnte auch das Gesetz vom 24. Mai 1861, betreffend die Erweiterung des Rechtsweges, wie schon sein aus der Ueberschrift ersichtlicher Zweck anzeigt, sich auch nur auf die unmittelbaren Staatsbeamten beziehen (vgl. ERG. Bd. 28 S. 358, Bd. 37 S. 300, Bd. 42 S. 282). Für die mittelbaren Staatsbeamten und demgemäß auch für die Beamten der Landesversicherungsanstalten ist somit der Rechtsweg nicht beschränkt.

Durch das Gesetz betreffend die Anstellung und Versorgung der Kommunalbeamten vom 30. Juli 1899, insbesondere dessen § 7, ist aber die Zulässigkeit der Beschreitung des Rechtsweges seitens der Kommunalbeamten insofern beschränkt, als über streitige vermögensrechtliche Ansprüche der Kommunalbeamten aus ihrem Dienstverhältnisse, insbesondere über Ansprüche auf Besoldung, der Bezirksausschuß zu beschließen hat. Gegen den in erster oder auf Beschwerde in zweiter Instanz ergangenen Beschluß findet binnen einer Ausschlußfrist von 6 Monaten nach Zustellung desselben die Klage im ordentlichen Rechtswege statt.

Die Anwendbarkeit dieser Bestimmung auf die Gehaltsansprüche der Beamten der Versicherungsanstalten ist streitig. Daraus, daß ihnen die Rechte und Pflichten von Kommunalbeamten übertragen sind, kann nicht ohne weiteres gefolgert werden, daß sie Kommunalbeamte geworden sind. Nach § 98 IVG. kann es zwar keinem Zweifel unterliegen, daß sie die allgemeinen Rechte und Pflichten von Kommunalbeamten haben sollten. Daß aber die Neuregelung ihrer Rechtsverhältnisse eine Gleichstellung mit den Provinzialbeamten in allen Einzelheiten bringen sollte, steht immerhin nicht ohne weiteres fest. Es ist auffällig, daß der Ministerialerlaß vom 30. November 1899, der die Gleichstellung der Anstaltsbeamten mit den entsprechenden Provinzialbeamten hinsichtlich der Höhe des Gehaltes, des Aufrückens in eine höhere Gehaltsstufe, der Gewährung von Wohnungsgeldzuschüssen oder Teuerungszulagen, der Gewährung von Ruhegehalt im Falle der Pensionierung, der Witwen- und Waisenversorgung und der den Beamten sonst zustehenden Gebührnisse (Reisekosten und Tagegelder bei Dienstreisen) sowie Umzugskosten bei Versetzung anordnet, mit keinem Worte andeutet, daß die Gleichstellung sich auch auf die Voraussetzungen, unter denen die vermögensrechtlichen Ansprüche von Kommunalbeamten im Rechtswege verfolgt werden können, beziehen soll. Auch der Erlaß vom 28. November 1900 besagt nur, daß bezüglich der Höhe des Gehaltes der Pension usw. für die Anstaltsbeamten dieselben Grundsätze gelten sollen wie für die Provinzialbeamten. Er spricht ausdrücklich nur von der „Bemessung" des Anfangsgehaltes und

Digitized by Google

des Aufrückens im Gehalt, von der „Bemessung" der Pension und der Reliktenversorgung, von der „Bemessung" der Kompetenzen. Hiernach kann jedenfalls nicht angenommen werden, daß die Gleichstellung bezüglich der Art der Rechtsverfolgung der Gehaltsansprüche ausdrücklich bestimmt ist. Trotz dieser Bedenken hat das Reichsgericht in seiner Entscheidung vom 10. Juli 1908 (ERG. Bd. 69 S. 185) sich für die Anwendbarkeit des § 7 des Kommunalbeamtengesetzes auf die Verfolgung der Gehaltsansprüche von Anstaltsbeamten im Rechtswege mit folgender Begründung ausgesprochen:

„Zu Unrecht hat aber das Berufungsgericht die Anwendbarkeit des § 7 des Kommunalbeamtengesetzes verneint. Wenn durch eine Gesetzesbestimmung die „Rechte und Pflichten" einer Beamtenkategorie auf andere übertragen werden, so liegt es, da sich die Stellung eines Beamten im wesentlichen in seinen Rechten und Pflichten erschöpft, am nächsten, das dahin zu verstehen, daß ihm überhaupt dieselbe rechtliche Stellung gewährt werden soll, wie dies bei Entstehung des neuen Invalidenversicherungsgesetzes (vgl. Motive zu § 62a des Entwurfes, Kommissionsbericht S. 136) auch zum Ausdruck gekommen ist. Uebrigens läßt sich auch gerade hinsichtlich der Rechtsverfolgung von Rechten und Pflichten sprechen: dem Beamten steht das Recht der gerichtlichen Geltendmachung seiner Ansprüche zu; er hat die Pflicht, vorher den Bezirksausschuß anzugeben."

Diese Gründe des Reichsgerichtes haben etwas Bestechendes, trotzdem ist mir ihre Stichhaltigkeit mit Rücksicht auf die oben ausgeführten Bedenken zweifelhaft. Jedenfalls ist aber durch diese Entscheidung die Streitfrage für die Praxis gelöst[6]). Ob man nun die Beamten der Landesversicherungsanstalten als wirkliche Kommunalbeamten oder Beamte der Landesversicherungsanstalten bezeichnen will, denen die Rechte und Pflichten der Kommunalbeamten zustehen, ist jetzt, wo feststeht, daß sie alle Rechte und Pflichten der Kommunalbeamten haben, nur noch ein Streit um Worte.

Es ist aber zu beachten, daß das Reichsgericht sich wiederholt (s. ERG. Bd. 12 S. 72, Bd. 49 S. 3) dahin ausgesprochen hat, daß Beamte nur solche vermögensrechtlichen Ansprüche im Rechtswege verfolgen können, welche aus einem tatsächlich zur Entstehung gelangten Dienstverhältnisse, also aus einer durch Verleihung eines Amtes tatsächlich gegebenen Stellung eines Beamten abgeleitet werden, nicht aber solche vermögensrechtliche Ansprüche, welche auf eine Stellung des Beamten gegründet werden, die ihm bei rechtmäßiger Ausübung der Aemterhoheit hätte verliehen werden müssen. Hiernach ist bei einer Klage eines Anstaltsbeamten auf Nachzahlung des Gehaltes mit der Begründung, daß ihm dieses gemäß § 98 JVG. schon seit dem 1. Januar 1900, nicht aber erst seit dem Inkrafttreten des Reglements, zustehe, das Gericht nicht befugt, nachzuprüfen, ob durch das spätere Inkrafttreten des Reglements, auf Grund dessen dem Beamten eine Stellung verliehen ist, gegen das Invalidenversicherungsgesetz verstoßen wird, weil dieses eine Nachprüfung der Rechtsmäßigkeit der Ausübung der Aemterhoheit bedeuten würde. Mit der auf Grund des Reglements erfolgten Ausübung der Aemterhoheit ist die Frage des Zeitpunktes des Inkrafttretens des Reglements für das entscheidende Gericht erledigt. Es würde demnach eine solche Klage ohne weiteres abzuweisen haben, wenn dem klagenden Beamten nach der ihm tatsächlich verliehenen Stellung das ihm zustehende Gehalt richtig gezahlt ist. Wer hat nun die Frage zu entscheiden, ob das Reglement schon am 1. Januar 1900 oder erst am 1. Januar 1901 in Kraft getreten ist?

Es liegt nahe, die Entscheidung darüber dem Reichsversicherungsamte zuzusprechen. Das Reichsversicherungsamt führt die Aufsicht über die Versicherungsanstalten. (§ 1381 RVO., § 108 JVG.) Nach § 30 RVO. er-

[6]) Negative Feststellungsklagen des anderen Teiles gegen Beamte können erhoben werden, ohne daß das Beschlußverfahren vor dem Bezirksausschuß vorauszugehen braucht (ERG. vom 15. 11. 1904 Jur. Woch. 1905 S. 84 Nr. 29).

Digitized by Google

streckt sich das Aufsichtsrecht der Aufsichtsbehörde darauf, daß Gesetz und Satzung beobachtet werden. Der Begriff „Gesetz" im Sinne des § 30 RVO. ist weit zu fassen. Darunter sind nicht nur die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung, sondern auch alle auf Grund der Reichsversicherungsordnung ergangenen Verordnungen, Erlasse und Ausführungsbestimmungen zu verstehen, soweit sie sich als eine im Gesetz selbst vorgesehene Ergänzung des Gesetzes darstellen. Dazu gehören die Bestimmungen der Landesregierungen über die den Beamten der Versicherungsanstalten zu übertragenden Rechte und Pflichten (s. Hanow a. a. O. Bd. I § 30 Anm. 4), in Preußen also die Erlasse vom 30. November 1899 und 28. November 1900, die, soweit die den § 98 ergänzen, selbst den Charakter einer Rechtsnorm haben. In diesen Erlassen wird die Vorlage des Reglements gefordert. Es ist unbestritten, daß dies Reglement der Genehmigung der Landeszentralbehörde bedurfte, weil *sie* die nähere Bestimmung zur Ausführung des § 98 IVG. zu treffen hatte (s. Handbuch d. Unf.Vers. Bd. III S. 727). Es ist auch weiter unbestritten, daß Aenderungen des Reglements der Landeszentralbehörde zur Genehmigung vorgelegt werden müssen. Durch Erlaß des Reichskanzlers vom 14. Dezember 1903 ist den Landesregierungen zwar empfohlen, dem Reichsversicherungsamte vor der Genehmigung Gelegenheit zur Aeußerung zu geben. Damit ist jedoch das Aufsichtsrecht des Reichsversicherungsamtes in keiner Weise erweitert. Es erstreckt sich nur darauf, daß Gesetz und Satzung beobachtet werden, d. h. aber für die vorliegende Streitfrage: Das Reichsversicherungsamt hat dafür zu sorgen, daß die Anordnungen der Landesregierung in richtiger Weise durchgeführt und beachtet werden, daß die Versicherungsanstalten der Landesregierung das Reglement mit dem in den Erlassen geforderten Inhalt vorlegen und nach Genehmigung befolgen. Dies Recht zur Beobachtung kann jedoch nicht bis zur Prüfung der Anordnungen der Landesregierung gehen, die diese auf Grund gesetzlicher Ermächtigung oder Verpflichtung trifft. Infolgedessen steht dem Reichsversicherungsamt bei einer Entscheidung auf Grund des Reglements, ob das von der Landesregierung genehmigte Reglement den gesetzlichen Vorschriften entspricht, nicht zu. Es hat vielmehr, da das Reglement von der Landesregierung genehmigt und damit von ihr als gesetzmäßig anerkannt ist, sein Aufsichtsrecht lediglich auf dessen richtige Anwendung und Auslegung zu erstrecken.

Nun hat das Reichsversicherungsamt in einer mir vorliegenden Entscheidung auf Grund der §§ 108 und 109 Abs. 1 IVG. vom 18. April 1911 (Abt. f. Invalidenversicherung II 2309), nachdem es ausgeführt hat, daß gemäß §§ 98, 194 IVG. in Verbindung mit dem Erlasse vom 30. November 1899 den Bureau-, Kanzlei- und Unterbeamten der Landesversicherungsanstalten vom 1. Januar 1900 ab die Rechte und Pflichten von Kommunalbeamten übertragen seien, weiter ausgeführt, wie folgt:

Allerdings ist das die dienstlichen Verhältnisse der Beamten der Landesversicherungsanstalt neu ordnende Reglement erst am 28. Januar 1901 erlassen und nach § 46 am 1. Januar 1901 in Kraft getreten. Hierdurch ist jedoch nichts an der Tatsache geändert worden, daß den Beamten der Landesversicherungsanstalt H. die Rechte und Pflichten der Provinzialbeamten bereits vom 1. Januar 1900 ab zustehen. Insofern also die Bestimmungen des Reglements die Gleichstellung der Beamten der Versicherungsanstalt mit den Beamten des Kommunalverbandes der Provinz H. bezwecken, haben sie ohne weiteres rückwirkende Kraft, ohne daß es hierzu einer ausdrücklichen Vorschrift bedürfte."

Dabei hat das Reichsversicherungsamt aber übersehen, daß sämtliche Bestimmungen des Reglements die Gleichstellung mit den Provinzialbeamten bezwecken, und zwar sowohl hinsichtlich der allgemeinen wie der besonderen Rechte. Die Folge dieser Entscheidung ist deshalb tatsächlich eine Vordatierung des *ganzen* Reglements auf den 1. Januar 1900. Da jedoch die Landesregierung durch ihre Genehmigung des Reglements als ihren Willen

Digitized by Google

dessen Inkrafttreten am 1. Januar 1901 kundgegeben hat, so hat sich das Reichsversicherungsamt mit dem Willen der Landesregierung in Widerspruch gesetzt und damit sein Aufsichtsrecht überschritten. Dies ist um so unverständlicher, als es, wie aus dem Erlaß vom 28. November 1900 hervorgeht, sich mit allen Einzelheiten der Neuregelung, also auch wohl mit dem Inkrafttreten des Reglements am 1. Januar 1901 einverstanden erklärt hat.

In dem von Mitgliedern des Reichsversicherungsamt herausgegebenen Handbuch der Unfall-Versicherung Bd. III S. 727 heißt es:

„Die auf Grund des § 98 a. a. O. beschlossenen Reglements bilden eine gesetzlich vorgesehene Ergänzung des Gesetzes selbst, und gehören somit zu den gesetzlichen Vorschriften im Sinne des § 108 a. a. O., auf deren Beobachtung durch die Versicherungsanstalten sich das allgemeine Aufsichtsrecht des Reichsversicherungsamts erstreckt. Unter diesem Gesichtspunkte hat das Reichsversicherungsamt darüber zu wachen und gegebenenfalls in geeigneter Weise darauf hinzuwirken, daß den Beamten die ihnen gesetzlich zustehenden Rechte (§ 98 JVG.) auch tatsächlich gewährt werden. In Erfüllung dieser Aufgaben hat das Reichsversicherungsamt in zahlreichen Fällen Entscheidungen treffen müssen über die für die Beamten aus dem Beamtenverhältnisse dem Vorstand oder der Versicherungsanstalt gegenüber sich ergebenden Rechte und Pflichten. Insbesondere kamen hier in Betracht Streitigkeiten über Anstellungs- und Beförderungsfragen, über die Zulässigkeit der Einführung von Prüfungen, über die Einreihung der Beamten in die ihrer Beschäftigung entsprechenden Beamtenklasse und die Gewährung der entsprechenden Amtsbezeichnung, über die Feststellung des Besoldungsdienstalters und das Aufrücken in die höheren Besoldungsklassen, über die Zulässigkeit der Kündigung des Dienstverhältnisses und dergl. mehr."

Darin wird also anerkannt, daß das Reglement zu den gesetzlichen Vorschriften im Sinne des § 108 JVG. bzw. des § 30 RVO. gehört, daß das Aufsichtsrecht des Reichsversicherungsamts sich nur auf die Beobachtung des Reglements erstreckt, wobei das Reichsversicherungsamt zwar zu einer Auslegung des Reglements befugt erscheint, sich aber nicht mit dem klaren Wortlaut in Widerspruch setzen darf. Daraus folgt, daß das Reichsversicherungsamt das den ministeriellen Anordnungen entsprechend aufgestellte und vom der Landesregierung genehmigte Reglement ohne weiteres als gesetzmäßig anzuerkennen hat. Wenn es der Ansicht ist, daß irgend eine Bestimmung des Reglements nicht mit dem Gesetze im Einklang steht, so hat es zwar für eine Aenderung zu sorgen, aber nicht im Wege der Auslegung, sondern dadurch, daß es den Vorstand der Landesversicherungsanstalt zu einem Beschluß über die Abänderung der gesetzwidrigen Bestimmung veranlaßt und ihn dazu ev. gemäß § 31 Abs. 3 RVO. im Aufsichtswege zwingt. Dieser Beschluß muß dann die Genehmigung des Ministers finden. Nur auf diesem Wege kann die Streitfrage, ob das Reglement am 1. Januar 1900 oder am 1. Januar 1901 in Kraft zu treten hat, praktisch gelöst werden. Nur durch eine Vordatierung des Reglements und der Ausstellungsurkunde auf den 1. Januar 1900 kann den Anstaltsbeamten ein Rechtsanspruch auf die Gehaltserhöhung schon seit dem 1. Januar 1900 nachträglich verliehen werden. Das Reichsversicherungsamt ist nicht befugt, die Landesversicherungsanstalten im Aufsichtswege zu einer Nachzahlung des Gehaltes anzuhalten, einmal weil die Landesversicherungsanstalten mit der Anstellung seit dem 1. Januar 1901 nicht gegen Gesetz oder Satzung verstoßen haben, und zum andern, weil vermögensrechtliche Ansprüche nach § 33 RVO. überhaupt nicht vor das Forum des Reichsversicherungsamtes gehören.

Digitized by Google

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Abmachungen sind nicht nach § 139 RVO. ungültig, wenn der Nachteil für den Versicherten durch einen Vorteil ausgeglichen wird.

Entscheidung des Vorsitzenden des **Versicherungsamts Kiel** v. 23. Mai 1914.

Die Klägerin war beim Beklagten seit dem 1. November 1913 und bis zum 20. April 1914 als Dienstmädchen beschäftigt und als solches seit dem 1. Januar 1914 Zwangsmitglied der Ortskrankenkasse Kiel. Ueber den Abzug ihres Beitragsteils vom Barlohn hatten die Parteien vereinbart, daß keinerlei Abzug erfolgen solle, falls die Klägerin bis zum 1. Mai weder ihrerseits das Dienstverhältnis durch Kündigung auflöse noch der Dienstherrschaft Grund zur fristlosen Entlassung gebe; andernfalls sollte ihr Beitragsteil für die gesamte Zeit bei der letzten Lohnzahlung in Abzug gebracht werden. Am 20. April hat der Beklagte die Klägerin auf Grund des § 26 der Schleswig-Holsteinischen Gesinde-Ordnung fristlos entlassen, und zwar nach ihrer eigenen Angabe wegen nächtlichen Ausgehens, nach Angabe des Dienstherren auch wegen wiederholten Ungehorsams; er hat ihr dabei von dem für April gezahlten Lohn den auf sie entfallenden Anteil an den Krankenversicherungsbeiträgen für die Zeit vom 1. Januar bis 20. April in Abzug gebracht. Die Klägerin verlangte Nachzahlung des abgezogenen Betrages für Januar und Februar, weil insoweit der Abzug nach § 395 RVO. unzulässig und die abweichende Vereinbarung nach § 139 RVO. ungültig sei. Die Klage wurde durch Vorentscheidung abgewiesen.

Gründe.

Nach § 395 RVO. sind die Abzüge für Beitragsteile gleichmäßig auf die Lohnzeiten zu verteilen, auf die sie entfallen. Sind Abzüge für eine Lohnzeit unterblieben, so dürfen sie nur bei der Lohnzahlung für die nächste Lohnzeit nachgeholt werden, wenn nicht die Beiträge ohne Verschulden des Arbeitgebers verspätet entrichtet worden sind. Nach dieser Vorschrift würde der Beklagte der Klägerin bei der letzten Lohnzahlung nur den Beitragsteil für März und April haben abziehen dürfen; verfehlt ist sein Einwand, er habe den Beitragsteil für Februar deswegen erst bei der letzten Lohnzahlung, und nicht bereits bei derjenigen für März in Abzug bringen können, weil er die Beitragsrechnung der Kasse erst im April erhalten habe; die Höhe des Beitrages stand fest, und nichts hinderte den Beklagten, den auf die betreffende Lohnzeit entfallenden Beitragsteil einzubehalten, auch wenn er seinerseits den Beitrag an die Ortskrankenkasse noch nicht abgeführt hatte (Hoffmann, Kommentar zur RVO. § 395 Anm. 2); ist doch auch bei Vorauszahlung von Lohn der Abzug für die ganze Zeit, also auch wegen der noch nicht fälligen Beiträge, zulässig (Hahn, § 395 Anm. 1). Daß der Abzug ohne sein Verschulden unterblieben ist, wie das mit Rücksicht auf die Vereinbarung anzuerkennen ist, schafft dem Beklagten nicht die erweiterte Abzugsmöglichkeit, denn § 395 Abs. 2 macht diese nicht davon abhängig, sondern setzt dafür voraus, daß die Beiträge ohne Verschulden des Arbeitgebers verspätet entrichtet worden sind, z. B. weil sich die Versicherungspflicht erst nachträglich herausstellte.

Dagegen scheitert die Klage an der unter den Parteien getroffenen Vereinbarung. Diese ändert allerdings die Vorschrift des § 395 insofern zu ungunsten der Klägerin ab, als sie es unter bestimmten Voraussetzungen gestattet, die unterbliebenen Abzüge auch über zwei Lohnzeiten hinaus nachzuholen. Aber einerseits konnte die Klägerin diesen Abzug dadurch leicht vermeiden, daß sie selbst bis zum 1. Mai weder kündigte — eine Kündigung, die durch vertragswidriges Verhalten der Dienstherrschaft veranlaßt wäre, würde in entsprechender Anwendung des § 628 BGB. den Abzug nicht rechtfertigen — noch Grund zu ihrer fristlosen Entlassung gab, wozu nach der Gesindeordnung nicht jedes geringfügige Versehen, sondern nur ein rechtlicher Verstoß gegen die Dienstpflicht berechtigt, wie er bei der Klägerin, selbst wenn man nur ihre eigenen Angaben zugrunde legt, tatsächlich vorgelegen hat. Selbst wenn die Klägerin aber die Voraussetzung für den erweiterten Abzug herbeiführte, so hatte sie damit keinen Pfennig mehr zu bezahlen, als ihr nach dem Gesetz ohnehin obgelegen hätte, sondern hatte lediglich den gleichen Betrag auf einmal zu zahlen. Der Betrag, den sie im ungünstigsten Falle, nämlich wenn sie, wie es tatsächlich geschehen, den Abzug kurz vor dem 1. Mai verwirkte, über die gesetzliche Regel hinaus (für März und April war der Abzug ohne weiteres zulässig) zu zahlen hatte, nämlich etwa 3 M. für Januar und Februar, ist nicht derart, daß darin eine besondere Härte erblickt werden kann. Anderseits brachte ihr der Vertrag den Vorteil, daß sie, wenn sie die Voraussetzungen für den Lohnabzug vor dem 1. Mai nicht herbeiführte, für die Zeit bis dahin und auch für die Folgezeit, solange das Dienstverhältnis fortbestand, ihren Beitragsteil ganz ersparte. Bei dieser Sachlage ist anzuerkennen, daß die Vereinbarung, als Ganzes betrachtet und beurteilt, nach den Aussichten, die sie der Klägerin bei ihrem Abschluß

Digitized by Google

bot, nicht nach dem zufällig und durch Verschulden der Klägerin ungünstigen Enderfolg, der Klägerin mindestens soviel Vorteil wie Nachteil bot; die Tatfrage, ob die Vereinbarung als Ganzes betrachtet — das ist maßgebend, vgl. Hanow § 139 Anm. 12 sowie das Urteil des Oberlandesgerichts Dresden vom 28. Januar 1897, Arb.-Vers. 1897 S. 546 — zum Nachteil der Versicherten von den Vorschriften des Gesetzes abweicht, läßt sich danach nicht bejahen. Damit entfällt die Nichtigkeit der Vereinbarung gemäß § 139 Abs. 2; ist sie aber gültig, so ist der Abzug, wie er erfolgt ist, gerechtfertigt, die Klage mithin unbegründet und demnach abzuweisen.

Ob auch bei längerer Bindung an das Dienstverhältnis und bei Zulassung eines Abzugs für einen längeren Zeitraum die Vereinbarung noch als gültig anzuerkennen wäre, bleibt, wie ausdrücklich hervorgehoben sein mag, durchaus dahingestellt; es läßt sich das nur von Fall zu Fall nach Lage der Tatsachen beurteilen.

B. Zur Krankenversicherung.

Bekanntmachung des Reichskanzlers über die Zuweisung von Versicherten an die Landkrankenkassen (§ 236 Abs. 1 RVO).

Vom 23. Mai 1914 (RGBl. S. 141).

Auf Grund von § 236 Abs. 1 RVO. hat der Bundesrat bestimmt, daß

Angestellte im Sinne des § 165 Abs. 1 Nr. 2, die häusliche Dienste verrichten,
Lehrer und Erzieher,

sofern sie in die häusliche Gemeinschaft des Dienstberechtigten aufgenommen sind, Mitglieder der Landkrankenkassen sind.

Diese Bestimmung tritt mit dem 1. Januar 1915 in Kraft.

Aufsicht über Krankenkassen.

Erlaß der **preuß. Minister für Handel und für Landwirtschaft** v. 2. Mai 1914 (HMBl. S. 223).

Wir bestimmen, daß die Versicherungsämter die Geschäfts- und Rechnungsführung der von ihnen beaufsichtigten Krankenkassen nach ihrem Ermessen regelmäßig, außerdem aber in jedem Kalenderjahr mindestens einmal unvermutet außerordentlich, zu prüfen haben. Den Gemeinde- und Ortspolizeibehörden dürfen Prüfungen dieser Art nicht überlassen werden, da ihre Beamten mit den einschlägigen gesetzlichen Vorschriften nicht genügend vertraut sein können, ganz abgesehen davon, daß die Prüfung der Geschäftsführung für die Aufsichtsbehörde die beste Gelegenheit bietet, die Verwaltung der Kassen näher kennen zu lernen. Die Prüfung hat sich auch auf die Melde- und Zahlstellen, Sektionen, Genesungsheime, Heil- und Pflegeanstalten der Krankenkassen zu erstrecken.

Nachdem die im KVG. § 44 vorgesehene Oberaufsicht der höheren Verwaltungsbehörden fortgefallen ist, können die Oberversicherungsämter nicht mehr als berechtigt angesehen werden, selbständig die Geschäfts- und Rechnungsführung der Krankenkassen zu prüfen.

Versicherung der in der Landwirtschaft Beschäftigten und der Dienstboten.

Erlaß des **preuß. Ministers für Handel und Gewerbe** v. 9. Mai 1914 (HMBl. S. 224).

Das Reichsversicherungsamt hat sich in einer Entscheidung vom 18. April d. J. — II. K. 345 1914 — dahin ausgesprochen, daß über Beschwerden gegen Entscheidungen der Kassenvorstände, wodurch Befreiungsanträge nach §§ 418, 435 RVO. abgelehnt sind, in erster Instanz das Versicherungsamt zu entscheiden hat.

Der Erlaß vom 12. Januar d. J. (HMBl. S. 81) findet dadurch seine Erledigung.

Anmerkung: Das richtige Datum des im letzten Satz erwähnten, hier S. 188 abgedruckten Erlasses ist der 12. Februar 1914 (HMBl. S. 125). Man darf darauf gespannt sein, wie das Reichsversicherungsamt seine Entscheidung mit der Fassung des Gesetzes (§ 418 Abs. 3 RVO.) in Einklang gebracht hat.

Verwendung von Kassenmitteln zum Besuche von Versammlungen.

Erlaß des preuß. Ministers für Handel usw. v. 17. März 1914 (III. 2167.)

Ich bin grundsätzlich geneigt, den Verbandskassen die Verwendung von Kassenmitteln zum Besuch der Versammlungen der Geschäfts-, Rechnungs- und Kassenführer durch je einen Vertreter zu gestatten. Damit aber geprüft werden kann, ob die einzelne Versammlung den gesetzlichen Zwecken der Krankenversicherung dient, muß der Verband den Antrag rechtzeitig vor jeder Versammlung unter Angabe der Tagesordnung bei mir stellen. Nach der Versammlung ist mir jedesmal eine Niederschrift über deren Verlauf einzureichen. Die Benachrichtigung der ihm angeschlossenen Krankenkassen bleibt dann dem Verbande überlassen, die Versicherungsbehörden werden von hier aus verständigt werden.

Digitized by Google

Die vom zuständigen Armenverband erklärte Zustimmung zur Befreiung von der Krankenversicherungspflicht gilt auch für später unterstützungspflichtig werdende Armenverbände. (§ 3a KVG., § 173 RVO.)

Entscheidung des preuß. Oberverwaltungsgerichts, 3. Senat, v. 10. Oktober 1912.

Ob mit dem in § 3a KrVG. bezeichneten „unterstützungspflichtigen Armenverbande" der vorläufig oder der endgültig unterstützungspflichtige Armenverband gemeint sei, ist streitig. Die Schriftsteller erklären teils den ersteren, teils den letzteren, teils beide für zuständig. Dazu ist folgendes zu bemerken: Nach § 173 RVO. ist die Befreiung zu gewähren, „solange der vorläufig unterstützungspflichtige Armenverband einverstanden ist". Diese Auffassung ist auch diejenige des § 3a Abs. 1 Ziff. 1 des KrVG. Mit Recht weist der Vorderrichter darauf hin, daß der Gesetzgeber nur einen schnell und sicher zu ermittelnden Armenverband im Sinne gehabt haben kann, und daß in zahlreichen Fällen diese Voraussetzung auf den endgültig unterstützungspflichtigen Armenverband nicht zutrifft, seine Ermittelung vielmehr erhebliche, nach Lage der Dinge oft unerträgliche Weiterungen zur Folge haben würde.

Allerdings ist ein vorläufig unterstützungspflichtiger Armenverband immer erst dann und da vorhanden, wenn bzw. wo ein Fall von Hilfsbedürftigkeit eintritt, so daß es nicht möglich ist, einen bestimmten Armenverband im voraus als den vorläufig verpflichteten zu bezeichnen. Indessen ist kein Zweifel, daß die RVO., wenn sie allgemein von dem vorläufig verpflichteten Armenverbande spricht, denjenigen meint, der nach der tatsächlichen Lage der Dinge voraussichtlich in den meisten etwa vorkommenden Fällen von Hilfsbedürftigkeit als vorläufig verpflichteter in Anspruch zu nehmen sein wird, das ist derjenige des Wohn- oder dauernden Aufenthaltsorts als des Mittelpunkts der Lebensbeziehungen. So ist der Begriff auch bei Auslegung des § 3a KrVG. aufzufassen.

Weiter entsteht die Frage, wie lange die Wirkung der von diesem Armenverband erklärten Zustimmung zur Befreiung einer Person von der Krankenversicherungspflicht andauert, insbesondere, ob sie durch einen Wechsel des Wohnsitzes des Befreiten berührt wird. Die Begründung zu § 186 des Entwurfes — jetzt § 173 — der RVO. und Hoffmann (KrVG. Anm. 5 zu § 3a) nehmen an, daß die von einem Armenverband erteilte Zustimmung auch für die später eintretenden Verbände maßgebend sei, wenigstens bis zur Abgabe einer entgegengesetzten Erklärung ihrerseits. Dieser Auffassung, die auch Hahn in seinem Handb. der Krankenversicherung (Anm. 3 zu § 173 RVO.) als zweckmäßig gelten lassen will, stimmt das Oberverwaltungsgericht zu; denn nur durch sie werden klare und übersichtliche Verhältnisse von einer gewissen Stetigkeit erzeugt.

Von dieser Auffassung aus ist der mit der Klage geltend gemachte Anspruch unbegründet, da die Zustimmung zur Befreiung der Witwe W. von der Versicherungspflicht, die der Ortsarmen-Verband B. als der vorläufig unterstützungspflichtige erklärt hat, demnächst weder vom Ortsarmen-Verband B. noch vom Ortsarmen-Verband G. widerrufen worden ist.

C. Zur Unfallversicherung.

Unfall bei Vorarbeiten vor Eröffnung des versicherungspflichtigen Betriebs.

Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 22. November 1913.

Das Oberversicherungsamt geht von der irrigen Annahme aus, daß der Unfall des Klägers vom 2. Januar 1912 sich beim Bau des Gebäudes für die von der Firma M. errichtete Gummiwarenfabrik ereignet habe. Das trifft nicht zu. Der Unfall geschah vielmehr beim Transport eines Balkens, und dieser Balken sollte zum Aufstellen eines Behälters in dem bereits fertiggestellten Gebäude dienen. Diese, auf die innere Einrichtung der Fabrik gerichteten Arbeiten hatte sich der Unternehmer insoweit vorbehalten, als sie nicht das Montieren der Arbeitsmaschinen und die Maurerarbeiten im Innern des Hauses betrafen. Es handelte sich insoweit um Arbeiten von geringerem Umfang, Legen von Röhren, Aufstellen von Behältern und dergleichen. Diese, vom Unternehmer selbst ausgeführten Arbeiten wurden kurz vor der am 8. Januar 1912 erfolgten Eröffnung des Betriebes ausgeführt, sie dienten ihrer

Digitized by Google

Art und ihrem Zweck nach der unmittelbaren Vorbereitung der Betriebsaufnahme. Einem Teil der dabei beschäftigten Arbeiter, darunter dem Kläger, war schon bei der Annahme die Uebernahme in den Betrieb in Aussicht gestellt worden. Für die Zeit von der Aufnahme des Fabrikbetriebes ab sind die Löhne der darin beschäftigten Arbeiter der Beklagten nachgewiesen worden.

Das Reichsversicherungsamt hat in ständiger Rechtsprechung ausgesprochen, daß Unfälle, die sich vor Eröffnung eines Betriebes bei vorbereitenden Tätigkeiten für den Betrieb ereignen, unter Umständen von derjenigen Berufsgenossenschaft zu entschädigen sind, der der Betrieb demnächst angehört (zu vgl. Handbuch der Unfallversicherung Band I Anm. 24 zu § 1 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes Seite 67; Rekursentscheidung 2012, Amtl. Nachr. des RVA. 1903 S. 510). Wenn auch die unfallbringende Tätigkeit des Klägers der eigentlichen, auf Herstellung von Gummiwaren gerichteten Betriebsarbeit nicht als gleichartig im regelmäßigen Sinne des Wortes angesehen werden kann, so rechtfertigt doch im vorliegenden Falle die besondere Sachlage die Zurechnung der unfallbringenden Arbeit zu dem alsbald darnach eröffneten Fabrikbetriebe. Solche, der inneren Ausstattung dienende Arbeiten, wie das Aufstellen eines neuen Behälters, kommen in größeren Fabriken auch während des Betriebes vor und werden dann regelmäßig diesem zugerechnet, wenn sie vom Unternehmer selbst mit den sonst im Betriebe beschäftigten Leuten vorgenommen werden. Vorliegend handelt es sich um eine derartige Arbeit unmittelbar vor Eröffnung des Betriebes und der Kläger gehörte zu denjenigen Arbeitern, die auch nach Eröffnung des Betriebes in diesem weiterbeschäftigt werden sollten. Hiernach entspricht es der Billigkeit, der Beklagten die Haftung für den unmittelbar vor der Betriebseröffnung erfolgten Unfall des Klägers aufzuerlegen. Diese war daher zur Entschädigung des Klägers, und zwar im Mangel der für die Festsetzung der Rente erforderlichen Unterlagen dem Grunde nach, zu verurteilen.

Zurückweisung eines Rentenänderungsantrags gilt nicht als „Feststellung einer Dauerrente".

Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 4. Dezember 1913.

Als Entschädigung für die Folgen des Unfalls vom 12. Februar 1895 war zuerst durch den Bescheid der Berufsgenossenschaft vom 12. Juli 1895 eine Teilrente von 15 % endgültig festgestellt worden und unverändert bestehen geblieben, bis die Berufsgenossenschaft sie durch den im gegenwärtigen Verfahren angefochtenen Bescheid vom 22. Januar 1913 aufhob. Ein im Jahre 1909 beim Schiedsgericht gestellter Rentenminderungsantrag der Berufsgenossenschaft war zurückgewiesen worden, weil eine Veränderung der Verhältnisse nicht eingetreten sei. Die Unterlagen, auf Grund deren die Rente aufgehoben worden ist, sind dem Berechtigten nach dem 31. Dezember 1912 mitgeteilt worden, also nach dem Tage, an dem die Vorschriften des Sechsten Buches der Reichsversicherungsordnung in Kraft getreten sind. Gemäß Art. 85, 89 Einf.Ges. zur RVO. richtet sich daher das Verfahren nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung. Der Rekurs des Verletzten wäre somit unzulässig gewesen, wenn es sich um die Neufeststellung der Dauerrente wegen Aenderung der Verhältnisse gehandelt hätte (§ 1700 Ziff. 8 a. a. O.). Der erkennende Senat hat jedoch den Rekurs für zulässig angesehen, weil erst durch den angefochtenen Bescheid die Dauerrente festgestellt worden sei.

Das RVA. hat schon mehrfach ausgesprochen, daß die Vorschriften der RVO. über die Dauerrenten auch auf Renten aus Unfällen anzuwenden sind, die sich vor dem 1. Januar 1913 ereignet haben. Eine unter der Herrschaft des alten Rechts festgestellte Rente ist hiernach als Dauerrente im Sinne der RVO. anzusehen, wenn sie nach Ablauf von zwei Jahren seit Rechtskraft der ersten endgültigen Rentenfeststellung festgestellt worden ist. Denn die Neufeststellung darf dann nur in Zeiträumen von mindestens einem Jahre vorgenommen oder beantragt werden, und das ist das materiellrechtliche Kennzeichen der Dauerrente (zu vgl. die Rekursentsch. v. 17. September 1913 in der Sache — Pr.-L. Ia 8225/13[14B] — und den Bescheid Nr. 2605, Amtl. Nachr. des RVA. 1913 S. 396). Die Rente, um deren Aufhebung es sich hier handelt, ist aber bisher noch nicht mit Jahresbindung (für den Verletzten) festgestellt worden. Insbesondere ist die Zurückweisung des Rentenminderungsantrages der Berufsgenossenschaft im Jahre 1909 nicht als anderweite Rentenfeststellung (mit Jahresbindung) im Sinne des § 88 Abs. 2 des Gewerbe-Unf.-Vers.-Ges. anzusehen. Denn hierdurch ist nach der ständigen Spruchübung des RVA. Jahresbindung nur für die Berufsgenossenschaft, welche den Rentenminderungsantrag gestellt hatte, eingetreten, während der

Digitized by Google

Verletzte jederzeit eine anderweitige Feststellung der Rente wegen Aenderung der Verhältnisse beantragen durfte (zu vgl. die Rekursentsch. 2168, Amtl. Nachr. des RVA. 1906 S. 599). Bei der Feststellung der Dauerrente tritt dagegen Jahresbindung für beide Parteien ein (§ 609 Satz 2 RVO.).

Die hier vertretene Auffassung, daß die Zurückweisung eines Rentenänderungsantrages keine anderweite Rentenfeststellung im Sinne des § 88 Abs. 2 des Gew.-Unf.-Vers.-Ges. darstellt und demnach nicht als Feststellung der Dauerrente in Betracht kommt, wird auch noch dadurch unterstützt, daß nach dem klaren Wortlaut des § 88 Abs. 1 des Gew.-Unf.-Vers.-Ges. bei der Prüfung, ob in den Verhältnissen, welche für die Feststellung der Entschädigung maßgebend gewesen sind, eine wesentliche Veränderung eingetreten ist, der jetzige Befund mit dem Befunde zu vergleichen ist, welcher der letzten Rentenfestsetzung zugrunde lag; erfolglos gebliebene Rentenänderungsanträge sowie solche eine Rentenänderung aussprechenden Bescheide oder Entscheidungen, die durch eine Entscheidung der höheren Instanz aufgehoben worden sind, bleiben hierbei unberücksichtigt.

Eine Dauerrente war daher bisher noch nicht festgestellt. Dies ist aber durch den angefochtenen Bescheid der Berufsgenossenschaft geschehen. Denn zur Zeit des Erlasses dieses Bescheids waren mehr als zwei Jahre nach dem Unfall verflossen. Spätestens mit dem Ablaufe von zwei Jahren ist aber gemäß § 1585 Abs. 2 RVO. die Dauerrente festzustellen. Die Aufhebung der Rente ist daher als Ablehnung der Dauerrente anzusehen, der Rekurs mithin zulässig.

Für die Vernehmung gemäß § 1592 RVO. außerhalb der Amtsstelle des Versicherungsamts dürfen den Versicherungsträgern Kosten nicht auferlegt werden.

Entscheidung des Oberversicherungsamts Dresden vom 13. Januar 1914.

Die Entscheidung hat davon auszugehen, daß der Berechtigte nach § 1592 RVO. nur dann einen Anspruch auf Erstattung von Kosten hat, wenn er vom Versicherungsträger vernommen wird, daß aber ein solcher Anspruch für ihn nicht besteht, wenn die Vernehmung vor dem Versicherungsamte erfolgt. Hiermit hat das Gesetz zum Ausdruck bringen wollen, daß der Versicherungsträger lediglich in dem ersteren Falle des Einspruchverfahrens Kosten zu erstatten habe, daß er aber im Falle der Vernehmung des Berechtigten vor dem Versicherungsamte mit Kosten nicht belastet werden solle. Diese Vorschrift beruht auf der Annahme, daß bei der meist nicht allzu großen Entfernung des Versicherungsamtes vom Wohnorte des Berechtigten der Berechtigte durch sein Erscheinen vor dem Versicherungsamte nicht besonders beschwert werden wird.

Die Absicht des Gesetzes würde ohne weiteres vereitelt werden, wenn die Versicherungsämter die Vernehmung der Berechtigten außerhalb der Amtsstelle vornehmen und den Versicherungsträgern Reisekosten und Tagegelder in Rechnung stellen wollten. An eine derartige mit Unkosten für die Versicherungsträger verbundene Erledigung der Vernehmungen hat der Gesetzgeber nicht gedacht. Vielmehr ergibt sich aus der Vorschrift in § 1593, wonach der Berechtigte vorzuladen ist, daß die Vernehmung an Amtsstelle zu erfolgen hat.

Der Hinweis des Versicherungsamtes darauf, daß bei Krankheit oder anderen Behinderungen des Einsprechenden die Vernehmung auswärts erfolgen müsse, kann nicht als zutreffend anerkannt werden, da eine solche Auffassung im Gesetze keinerlei Stütze findet. Die Berechtigten haben kein Recht, zu verlangen, daß ihre Vernehmung außerhalb der Amtsstelle des Versicherungsamtes erfolgt, und die Versicherungsämter dürfen, wenn sie trotzdem anders verfahren, dem Versicherungsträger keinerlei Kosten hierfür berechnen. An dieser nach den Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung klaren Rechtslage haben die Verordnungen des Königlichen Ministeriums vom 10. April und 13. Mai 1913 (134 I. G. und 134b I. G.) nichts ändern können und auch nichts ändern wollen.

Digitized by Google

D. Zur Angestelltenversicherung.

Befreiungsantrag aus § 390 ABG. auf Grund einer Versicherung bei einer ausländischen Unternehmung.

Beschluß des **Rentenausschusses Berlin**
(„Angestelltenversicherung" 1914 S. 39.)

Der Antrag auf Befreiung von der eigenen Beitragsleistung stützt sich auf eine Versicherung bei der .....-Kasse in Kristiania.

Diese Versicherung kommt aber nicht als Grundlage eines Befreiungsantrages in Betracht.

Denn § 390 des Versicherungsgesetzes für Angestellte nimmt ausdrücklich auf § 1 des Gesetzes über die privaten Versicherungsunternehmungen vom 12. Mai 1901 Bezug. Der Absatz 1 des genannten Paragraphen enthält den Grundsatz der Staatsaufsicht und Absatz 2 schließt solche Personenvereinigungen aus, die ihren Mitgliedern Unterstützung gewähren, ohne ihnen einen Rechtsanspruch darauf einzuräumen. Daraus, daß § 390 des Versicherungsgesetzes für Angestellte auf den ganzen § 1 — also auf beide Absätze — verweist, ergibt sich, daß er von den privaten Lebensversicherungsunternehmungen nur diejenigen ergreift, die erstens der Beaufsichtigung nach Maßgabe des Gesetzes über die privaten Versicherungsunternehmungen unterliegen und zweitens den bei ihnen Versicherten einen Rechtsanspruch auf die Versicherungsleistung gewähren.

Diese doppelte Voraussetzung für eine Befreiung von der eigenen Beitragsleistung rechtfertigt sich aus der Erwägung, daß der Angestellte nur dann die volle reichsrechtliche Fürsorge entbehren kann, wenn er einen Rechtsanspruch auf eine Versicherungsleistung hat, dessen Verwirklichung gewährleistet ist. Eine solche Gewährleistung kann aber nur bei einer im Inland beaufsichtigten Unternehmung ohne weiteres als gegeben angesehen werden, sie kann dagegen bei anderen ausländischen Unternehmungen je nach der Gesetzgebung wie nach den politischen und Geldverhältnissen des betreffenden Landes mehr oder weniger zweifelhaft sein. Eine Prüfung der Frage, ob im einzelnen Falle die Gewährleistung bejaht werden kann, konnte aber der Gesetzgeber im Rahmen des § 390 des Versicherungsgesetzes für Angestellte von der inländischen Behörde nicht wohl erwarten. Auch kann nicht angenommen werden, daß der Gesetzgeber durch den § 392 a. a. O. die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte hat nötigen wollen, Zahlungen an eine im Inland nicht beaufsichtigte Versicherungsunternehmung zu leisten. Endlich ist § 393 a. a. O., der den Versicherungsunternehmungen die Verpflichtung auferlegt, der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte die Aufhebung von Versicherungsverträgen anzuzeigen, nur gegenüber solchen Unternehmungen durchführbar, die unter der Aufsicht einer inländischen Behörde stehen.

Die Beaufsichtigung der ausländischen Versicherungsunternehmungen nach Maßgabe des Gesetzes über die privaten Versicherungsunternehmungen wird gemäß § 91 des Gesetzes durch das Kaiserliche Aufsichtsamt für Privatversicherung ausgeübt. Nach § 85 a. a. O. bedürfen sie, wenn sie im Inlande durch Vertreter, Bevollmächtigte, Agenten oder sonstige Vermittler das Versicherungsgeschäft betreiben wollen, sogar einer Erlaubnis. Nur die beim Inkrafttreten des Gesetzes in einem oder mehreren Bundesstaaten landesgesetzlich zum Geschäftsbetrieb befugten Versicherungsunternehmungen können nach § 92 des Gesetzes ohne eine solche Erlaubnis ihren Geschäftsbetrieb in den bisherigen Grenzen fortsetzen. Aber insoweit unterliegen auch sie der Beaufsichtigung durch das Aufsichtsamt.

Auf öffentliche Versicherungsunternehmungen ist das Gesetz vom 12. Mai 1901, wie schon seine Bezeichnung besagt, nicht anwendbar.

„Daher — so heißt es in der Begründung zum Entwurf des Gesetzes Seite 33 — scheiden nicht nur alle diejenigen Anstalten aus, denen vermöge der Arbeiterversicherungsgesetze des Reichs als öffentlich-rechtliche Pflicht die Durchführung der Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung obliegt, sowie die auf Grund landesrechtlicher, insbesondere berggesetzlicher Vorschriften bestehenden Knappschaftskassen und ähnlichen landesrechtlichen Einrichtungen, sondern insbesondere auch alle sonstigen auf Landesrecht beruhenden öffentlichen Versicherungs-

Digitized by Google

anstalten, welche unter der Verwaltung oder Leitung staatlicher oder kommunaler Behörde stehen.

Für die Reichsgesetzgebung fehlt es an einem ausreichenden Anlasse, die vorbezeichneten öffentlichen Anstalten in die Neuregelung des Verwaltungsrechts mit einzubeziehen. Da sie unter behördlicher Verwaltung und staatlicher Aufsicht stehen, besteht zu einer anderweiten Ueberwachung kein Bedürfnis. Die Versicherten erscheinen bei diesen Anstalten in keiner Weise gefährdet; für die Verwaltungen sind lediglich Rücksichten des Gemeinwohls maßgebend."

Diese Sätze beweisen, daß der Gesetzgeber nur die inländischen Anstalten im Auge gehabt hat, und daß er die ausländischen öffentlichen Versicherungsunternehmen nur deswegen nicht besonders erwähnt hat, weil öffentliche ausländische Institute ein Versicherungsgeschäft in den Grenzen des § 85 des Gesetzes vom 12. Mai 1901 nicht betreiben und daher eine praktische Notwendigkeit, sie zu erwähnen, nicht vorhanden war.

Wenn nun § 390 des Versicherungsgesetzes für Angestellte Verträge mit öffentlichen und privaten Lebensversicherungsunternehmungen gelten läßt und hinsichtlich letzterer auf § 1 des Gesetzes vom 12. Mai 1901 verweist, so ist dies dahin aufzufassen, daß Verträge mit allen Versicherungsunternehmungen zuzulassen sind, die in Deutschland zum Geschäftsbetriebe befugt sind: das sind diejenigen, die diese Befugnis auf Grund des Gesetzes vom 12. Mai 1901 besitzen und diejenigen, welche jenes Gesetz in ihrer Befugnis zum Geschäftsbetriebe ausgesprochenermaßen nicht hat beschränken wollen: d. h. die inländischen öffentlichen Versicherungsunternehmungen.

Nun handelt es sich im vorliegenden Falle um eine Versicherung weder bei einer dem Gesetz vom 12. Mai 1901 unterliegenden noch bei einer inländischen öffentlichen Versicherungsunternehmung. Deswegen kann die Versicherung eine Befreiung von der eigenen Beitragsleistung nicht begründen. Vielmehr ist der gestellte Antrag zurückzuweisen.

E. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Beginn der Verjährung bei Schadenersatzansprüchen wegen späterer Folgen einer Verletzung.

Urteil des Reichsgerichts, 6. Zivils.
v. 22. Dezember 1913.

Der Kläger hat seinen Rechtsanspruch erst mit der am 18. März 1912 bei dem Amtsgericht in S. eingereichten Klage geltend gemacht. Weil dieses Gericht an der Ausübung des Richteramts rechtlich verhindert war, wurde nach § 36 Nr. 1 ZPO. das Amtsgericht in B. als das zuständige Gericht bestimmt. Der Rechtsstreit ist dann aber auf die Einrede der sachlichen Unzuständigkeit durch Beschluß dieses Gerichts vom 13. April 1912 auf Antrag des Klägers an das Landgericht in D. verwiesen. Nach § 505 Abs. 2 ZPO. galt nunmehr der Rechtsstreit als bei dem Landgericht anhängig, und zwar mit der Wirkung, als wenn die Klage sofort dort erhoben worden wäre. Demnach war hier nicht weiter darauf einzugehen, ob die Verjährung unter den Voraussetzungen des § 212 BGB. unterbrochen worden wäre. Gemäß § 496 ZPO. ist somit, was auch das Berufungsgericht annimmt, für die Verjährungsfrist entscheidend, ob am 18. März 1909 die Verjährungsfrist von drei Jahren bereits begonnen und ob nach § 187 BGB. der Kläger schon am 17. März 1909 vom Schaden im Sinne des § 852 BGB. Kenntnis erlangt hatte. Das Berufungsgericht verneint dies und führt dazu aus: An jenem Tage, das ist drei Tage nach dem erlittenen Sturze am 14. März 1909, habe der Kläger nicht einmal im allgemeinen Kenntnis von den Unfallfolgen gehabt. Er habe insbesondere nicht gewußt, daß der Sturz ein zeitliches Leiden mit dauernden Schädigungen zur Folge haben würde. Von der Möglichkeit einer dauernden Nervenstörung sei weder bei seinem ersten ärztlichen Besuch am 19. März 1909 die Rede gewesen, noch habe der vordem ganz gesunde Kläger aus sich selbst an eine solche denken können. Wenn aber neben vorübergehenden Körperschäden auch dauernde eintreten, so erlange der Verletzte von den vor-

Digitized by Google

aussichtlichen Unfallfolgen erst dann Kenntnis, wenn er auch über die Möglichkeit einer dauernden Schädigung aufgeklärt werde.

Diese Ausführungen des Berufungsgerichts stehen durchaus im Einklange mit der ständigen Rechtsprechung des Reichsgerichts. Kenntnis des Schadens im Sinne des § 852 BGB. ist Kenntnis der schädlichen Folgen der unerlaubten Handlung im allgemeinen. Der aus unerlaubter Handlung erwachsende Schaden ist nicht etwa eine Summe verschiedener selbständiger, unzusammenhängender Einzelschäden, sondern stellt eine Einheit dar. Wer daher Schadenskenntnis im allgemeinen erlangt, dem gelten damit auch alle Folgezustände, die in jenem Zeitpunkt überhaupt als möglich voraussehbar waren, als bekannt, derart, daß die bloße Ungewißheit über Umfang oder Höhe des Schadens den Beginn der Verjährung nicht hindern kann. — Aber bei schweren Folgezuständen, die neben ganz leichten Verletzungen erst später unerwartet eintreten, wird der Beginn der Verjährung in der Regel erst von dem Zeitpunkt ab zu rechnen sein, in dem der Verletzte von diesem erst nachträglich eingetretenen Schaden Kenntnis erhält. Dies trifft auch hier zu, wo infolge des Sturzes des anfänglich nur ganz unbedeutend verletzten Klägers sich erst später das vorher auch nicht einmal im allgemeinen als möglich voraussehbare dauernde Nervenleiden entwickelt hat (Urteile des RG. vom 21. Dez. 1908 V 11/08 in RGZ. 70, 157; vom 11. Nov. 1907 VI 151/07, WarnRspr. 1 Nr. 124; vom 10. Nov. 1908 III 43/08, ebenda 2 Nr. 103; vom 1. Juli 1909 IV 640/08, ebenda 2 Nr. 509; vom 12. Okt. 1909 VII 586/08, ebenda 2 Nr. 558; vom 7. Okt. 1912 VI 156/12, ebenda V Nr. 432).

Ursächlicher Zusammenhang einer nervösen Erkrankung mit einer erlittenen Mißhandlung.

Entscheidung des Reichsgerichts, 6. Zivilsenat vom 5. Februar 1914.

Was die Frage des ursächlichen Zusammenhanges jener nervösen Erkrankung des Klägers mit der ihm vom Beklagten zugefügten Mißhandlung angeht, so ist der Revision zuzugeben, daß es zur Herstellung dieses ursächlichen Zusammenhanges genügen würde, wenn die Mißhandlung objektiv auch nur ein Glied in der Gesamtheit der verursachenden Momente für die später eingetretene Nervenerkrankung geworden wäre. Allein in diesem Sinne ist der Satz des Berufungsurteils, daß die Mißhandlung einen Teil des gesamten die Nervenkrankheit bedingenden Ursachenkomplexes bilde, nicht gemeint, dem das Berufungsgericht sofort die Einschränkung hinzugefügt: insofern die erlittene Mißhandlung es dem Kläger ermöglichte, die zweite schwere Augenentzündung in seiner Vorstellung mit der Mißhandlung als der Ursache der ersten Augenkrankheit wiederum in Beziehung zu bringen. Die Erinnerungsvorstellung der Mißhandlung, die die erste Augenentzündung auslöste, diente dem Kläger dazu, sich die Entstehung der zweiten Augenkrankheit zu erklären, und diese Vorstellung beeinflußte dann auch objektiv den Zustand seiner Nerven. Daß durch diese rein subjektive Beziehung des Vorganges der Mißhandlung auf die spätere Krankheit ein Ursachenzusammenhang im Rechtssinne nicht hergestellt wird, ist von dem erkennenden Senat bereits in einem Urt. vom 4. Dez. 1913 ausgesprochen worden; der Zusammenhang ist, wie dort ausgeführt wurde, nur ein äußerer, der anknüpft an das Erleben der früheren Verletzung als solcher, nicht aber an eine dadurch bewirkte Gesundheitsstörung, die vielmehr bereits abgelaufen war, als der Krankheitsprozeß einsetzte. Auch im vorliegenden Falle hatte die Mißhandlung nicht etwa für eine nervöse Krankheitsentwicklung den Grund gelegt, eine Krankheitsanlage hervorzurufen (RGZ. 75, 19); die nervöse Krankheitsanlage bestand bei dem Kläger nach der Feststellung des Berufungsgerichts schon vor dem Streitvorfalle zwischen den Parteien und wurde durch die Mißhandlung nicht beeinflußt, es kam nicht zu einer Krankheitsentwicklung aus dieser Anlage. Folge der Mißhandlung war lediglich die erste Augenentzündung, verbunden mit nervösen Sehstörungen. Diese Folgen waren am 1. März 1910 vollständig behoben. Aus einer neuen, mit der Mißhandlung gar nicht sich berührenden Ursache entwickelte sich die zweite Augenentzündung und mit ihr auf der Grundlage der schon vor der Mißhandlung vorhanden gewesenen nervösen Anlage die nervöse Erkrankung; die Mißhandlung durch den Beklagten scheidet hier als Ursache aus; sie spielt nur dadurch in die neue Krankheitsgeschichte hinein, daß der Kläger in seinem krankhaften nervösen Zustande den ursächlichen Zusammenhang der Mißhandlung zu der zweiten Erkrankung sich fälschlich einbildete, und daß diese Einbildung nicht möglich gewesen wäre, wenn nicht vorher die Mißhandlung sich ereignet hätte. Diese Beziehung ist

Digitized by Google

im Rechtssinne kein ursächlicher Zusammenhang, der immer eine nach dem objektiven Erfahrungswissen festzustellende objektive Folgeerscheinung des als Ursache in Betracht kommenden Ereignisses fordert.

(Warneyers Jahrbuch).

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Zur Versicherungsberechtigung derjenigen, die schon vor dem 1. Januar 1914 mehr als 4000 M. Einkommen hatten.

In der Streitfrage aus § 178 RVO., ob auch diejenigen Kassenmitglieder ausgeschlossen werden können, deren Einkommen vor dem 1. Januar 1914 den Betrag von 4000 M. überstieg, hat der Beschlußsenat des Reichsversicherungsamts am 23. Mai 1914 (II K. 443/14) den Ausschluß dieser Mitglieder für berechtigt erklärt.

Wir beeilen uns, diese wichtige Entscheidung, welche die Praxis nunmehr — entgegen der von Hahn, Meyer, dem Württ. Oberversicherungsamt und anderen vertretenen Ansicht — leiten wird, alsbald mitzuteilen (zu vgl. Arb.-Vers. 1912 S. 25, 1913 S. 836, 1914 S. 98, 159, 206, 283). Den Abdruck der vollständigen Entscheidung, die einstweilen noch nicht vorliegt, behalten wir uns vor.

Für Fortführung der Sozialreform.

Am 9. Mai hielt die Gesellschaft für Soziale Reform eine außerordentliche Hauptversammlung in Berlin ab. Vorträge hielten: Professor Dr. Keßler (Jena) über das Koalitionsrecht und Reichstagsabgeordneter Justizrat Dr. Bell (Essen) über den Erfinderschutz. Es folgten lebhafte Erörterungen über die Vorträge und weiterhin Erklärungen der Vertreter verschiedener Berufe über „dringende Einzelforderungen an die Sozialpolitik". Am 10. Mai fand dann eine öffentliche Kundgebung für Fortführung der deutschen Sozialreform statt. Der größte Versammlungssaal von Groß-Berlin war dicht gefüllt und die Zuhörer bekundeten lebhaft ihre beifällige Aufnahme der Ansprachen des Vorsitzenden, Staatsminister a. D. v. Berlepsch, des Professors Dr. Francke, des Staatsministers a. D. Dr. Graf v. Posadowsky-Wehner, des Professors Dr. v. Schmoller, des Landtagsabgeordneten Landgerichtsdirektors a. D. Kanzow, des Oberbürgermeisters Dominicus und schließlich des Staatssekretärs a. D. Dr. Dernburg. Es war ein im Grundgedanken übereinstimmender Protest gegen die Meinung oder Forderung, daß die Sozialgesetzgebung stillstehen, daß eine „Verdauungspause" eintreten müsse, eine eindrucksvolle Kundgebung für eine zielbewußte besonnene Fortführung der Sozialreform etwa in dem Sinne der Ausführungen des Prof. Dr. Francke, die wir hier S. 221 mitgeteilt haben. Und eindrucksvoll klang die Kundgebung in den mit stürmischem Beifall aufgenommenen Worten Dernburgs aus: „Wie kann ein Reich stark sein nach außen, das nicht stark ist nach innen? Und wie kann es nach innen stark sein, wenn Kräfte am Werke sind, die die verschiedenen Stände möglichst auseinanderhalten wollen? Wie kann ein Reich stark sein, wenn statt versöhnender Sozialreform verbitternde Prinzipienreiterei herrscht? Weil das Deutsche Reich stark nach außen und deshalb auch stark nach innen sein muß, soll das geschehen, was geeignet ist, die Klüfte zwischen den verschiedenen Ständen und Berufsarten zu überdecken durch Freundlichkeit, gemeinsame Mitwirkung und Brüderlichkeit, und deshalb muß die deutsche Sozialreform fortgehen und sie kann nicht mehr stillestehen, es ist unmöglich!"

Betriebskrankenkassentag.

Der Verband zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen (Sitz Essen) hielt am 20. Mai in Straßburg i. E. unter dem Vorsitz von Justizrat Wandel, Direktor der Kruppschen Werke seine Hauptversammlung ab. Der Vorsitzende erstattete einen Geschäftsbericht, dem wir folgendes entnehmen: Der Verband umfasse 3250 Krankenkassen mit weit über 2,5 Millionen Versicherten. Der Verband habe seinen Kassen den schwierigen Uebergang in die neuen Verhältnisse der Reichsversicherungsordnung auf jede nur mögliche Weise erleichtert durch Muster für Anträge für Satzungen und durch Rundschreiben, in denen die gesetzlichen Voraussetzungen näher erläutert waren. Vom Verbande seien auch den Mitgliedern Entwürfe für die Krankenordnung, den Voranschlag, Vordrucke für die Wahlen und dergl. übermittelt worden. Sehr unbefriedigend sprach sich der Redner über die Ausführungsbestimmungen aus, welche den Arzneibezug der Krankenkassen betreffen, namentlich in Hinsicht auf die amtlichen Handverkaufstaxen. Die Apotheker wollten in Ausnutzung ihrer Monopolstellung den Krankenkassen günstigere Bedingungen nicht einräumen. Der Petition der Apotheker an den Reichstag usw., den Krankenkassen die Selbstabgabe zu verbieten, müsse der Erfolg versagt bleiben, da die Krankenkassen verpflichtet seien, eine sparsame Wirtschaft zu betreiben. Bei den Einigungsverhandlungen mit den Aerzten habe der Verband hervorragend mitgewirkt, und er

Digitized by Google

empfehle den Verbandskassen, den erforderlich gewordenen geringen Friedensbeitrag zu leisten.

Dann behandelte Dr. Halbach, Essen, den preußischen Ministerialerlaß über den Besuch von Versammlungen aus Kassenmitteln, der als eine bureaukratische Bevormundung anzusehen sei, und gegen den sich die Kassen und ihre Verbände wenden müßten. Das Ministerium würde der Absicht des Gesetzgebers entsprochen haben, wenn es die Verwendung von Kassenmitteln für Versammlungen, deren Charakter grundsätzlich feststeht, allgemein geregelt hätte. Die Bestimmung von Fall zu Fall, wie sie sich das Ministerium für jede einzelne Versammlung vorbehalte, sei nach dem Willen des Gesetzgebers nur für Versammlungen vorgesehen, bei denen es zweifelhaft sein könnte, ob sie den gesetzlichen Zwecken der Krankenversicherung dienen.*)

Geschäftsführer Heinemann, Essen, hielt dann einen Vortrag über das Einigungsabkommen zwischen Krankenkassen und Aerzten. Das Einigungsabkommen gewährleiste allen Kassen, die sich auf seinen Boden stellen, auf zehn Jahre Frieden mit den Aerzten und sichere den Kassen unter Mitwirkung der Versicherungsbehörden das, was sie billigerweise von der Aerzteschaft fordern könnten: nicht nur die von ihnen zu gewährende ärztliche Behandlung zu angemessenen Bedingungen, sondern auch das unerläßliche Maß von Einfluß auf die ärztliche Versorgung der Versicherten unter Wahrung der Vertragsfreiheit und der Selbständigkeit der Kassen.

Professor Dr. Stier-Somlo, Köln, besprach die Grenzen der Sozialversicherung. Die nunmehr erreichte Grenze stelle das Aeußerste dar, was dem Staate, den Arbeitgebern und auch den Arbeitern selbst an Belastung zugemutet werden könne. Wenn man auch die Segnungen der Sozialversicherung als mitbestimmende Ursachen des wirtschaftlichen Aufschwunges des Deutschen Reiches anerkenne, so bleibe noch übrig, daß sich bei Sinken der Konjunktur, bei Kriegsgefahr oder gar bei kriegerischen Ereignissen die starke Belastung rächen könnte.

Vom guten Ton in Schriftsätzen.

Eine „deutschnationale" Hilfskasse hat über folgende Belehrung, die ihr das Versicherungsamt der Stadt Worms in einer Entscheidung vom 12. März 1914 erteilt hat, quittieren müssen:

„Das Versicherungsamt kann nicht umhin, die Form der Ausführungen der Beklagten, die im Termin nicht vertreten war, auf diesem Wege entschieden zurückzuweisen. Es kann niemandem verwehrt werden, seinen Standpunkt mit aller sachlich gebotenen Schärfe zu vertreten. Das Versicherungsamt ist aber in etwaigen künftigen Fällen nicht mehr in der Lage, Schreiben und Anträge zu seinen Akten zu nehmen, die dem unter Behörden und Versicherungsträgern üblichen Ton so wenig entsprechen, wie das Schreiben der Beklagten vom 9. Dezember 1913 und der Antrag vom 12. Februar lfd. Js."

---

*) Es handelt sich um den Erlaß v. 17. März 1914, den wir oben unter „Gesetzgebung usw." mitgeteilt haben.

Aus dem Geschäftsbericht des Reichsversicherungsamtes für das Jahr 1913.

Der neueste Bericht des Reichsversicherungsamtes verdient erhöhtes Interesse, weil er bereits wichtige Angaben über die Wirkung der Neuerungen auf dem Gebiete der sozialen Versicherung enthält. Im übrigen legt er wiederum Zeugnis davon ab, welche umfangreiche und wachsende Arbeitslast dem RVA. obliegt. Es ist deshalb verwunderlich, daß die Zahl der Mitglieder und Beamten des Amtes nicht vermehrt wird. Vergleicht man die vorliegenden Angaben über den Stab der tätigen Arbeitskräfte mit denen der Vorjahre, so ist festzustellen, daß nicht die geringste Vermehrung eingetreten ist. Es sind noch vorhanden 2 Direktoren, 23 Senatspräsidenten, 42 sonstige ständige Mitarbeiter, 10 höhere Beamte als Hilfsarbeiter, 103 richterliche Beisitzer und Hilfsrichter und rund 300 Bureaubeamte. Die Zahl der Vertreter der Arbeitgeber und Versicherten betrug wie bisher 264; ihre Amtsdauer ist erneut bis längstens zum 31. Dezember 1914 verlängert worden.

In der Abteilung für Unfallversicherung ist die ständige Vertretung des Direktors 4 Senatspräsidenten übertragen worden. In der Abteilung für Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung ist vorläufig nur eine Gruppe eingerichtet. Von den laufenden Aufgaben waren im Berichtsjahr viele umfangreiche und schwierige Arbeiten für die Vorbereitung und Durchführung der RVO. zu erledigen. Das neue Gesetz hat auch die Arbeit der Gemeinde- und Polizeibehörden vermehrt. Die Versicherungsträger sind ersucht worden, die Inanspruchnahme dieser Behörden tunlichst zu beschränken. Für das Gebiet der Unfallversicherung mußten die Geschäftsanweisungen, Formulare usw. vielfach umgestaltet werden.

In den amtlichen Nachrichten des RVA. wurden im Berichtsjahr 86 Rekursentscheidungen und Verwaltungsbescheide, betr. die Unfallversicherung und 135 Revisionsentscheidungen usw. aus der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung veröffentlicht. Im RVA. wurden drei Vorträge über ärztliche Fragen gehalten. Das Zusammenwirken der gewerblichen Berufsgenossenschaften mit dem Roten Kreuz auf dem Gebiet der ersten Hilfe hat sich erfreulich weiterentwickelt. Neue örtliche Ausschüsse sind gebildet für die Rheinprovinz, für Stettin und Metz. Der Ortsausschuß Berlin hat die Provinz Brandenburg in seinen Wirkungskreis einbezogen. Neue Ausschüsse sollen in Kassel, Stuttgart, Hamburg und Mühlhausen i. E. gebildet werden. Die Besuche von Kursen am Sitze der örtlichen Ausschüsse hinterließen den besten Eindruck. In der Zeit vom 1. Oktober 1912 bis 30. September 1913 sind 1231 männliche und 161 weibliche Betriebshelfer mit Erfolg ausgebildet worden. Die Aufwendungen der Versicherungsträger dafür betrugen 12 124 M.

Die in verschiedenen Gebieten des Reiches gebildeten Freien Vereinigungen berufsgenossenschaftlicher Verwaltungen haben sich günstig weiter entwickelt. Sie verfolgen den Zweck, Erfahrungen aus ihrem örtlichen Bereich auszutauschen und nutzbar zu machen. Neuerlich ist auch die Frage der Arbeitsvermittlung für Unfallverletzte behandelt worden. Verschiedene Tagungen der Berufsgenossenschaften wurden von Mitgliedern des

Digitized by Google

RVA. besucht. Auf verschiedenen sonstigen Kongressen (z. B. des Gesamtverbandes deutscher Krankenkassen, des Internationalen Statistischen Instituts, des Komitees für Sozialversicherung, der Vereine gegen den Mißbrauch geistiger Getränke, der Veranstaltungen zur Bekämpfung der Tuberkulose, dem Reichsausschuß für das ärztliche Fortbildungswesen usw.) war das Amt ebenfalls vertreten. Aus Anlaß des Uebergangs der Geschäfte des Württembergischen Landesversicherungsamtes auf das RVA. wurden in Württemberg einige Berufsgenossenschaften, die Versicherungsanstalt, Lungenheilstätten usw. besichtigt.

Von den Wahlordnungen, die das RVA. zu erlassen hat, konnte bisher nur die Wahlordnung für die Arbeitgeberbeisitzer der Oberversicherungsämter abgeschlossen werden. Sie mußte sich den verschiedenen Verhältnissen in den einzelnen Bundesstaaten anpassen. Die Wahlordnungen für die Vertreter der Versicherten für die Unfallverhütung bei den der Aufsicht des RVA. unterstellten landwirtschaftlichen und gewerblichen Berufsgenossenschaften liegt im Entwurfe vor. Die Wahlordnung für die ehrenamtlichen Vorstandsmitglieder bei den Landesversicherungsanstalten wird demnächst veröffentlicht.

A. Unfallversicherung.

1. Verwaltung.

Bei den verschiedenen Arbeiten zur Durchführung der neugestalteten Unfallversicherung hat u. a. das RVA. festgelegt, daß nur die gewerbsmäßig betriebenen Apotheken der Versicherung unterliegen. Die Vorschriften über Kapitaldeckung bei der Tiefbau-Berufsgenossenschaft sind der RVO. angepaßt worden. Ueber das Verfahren im Falle der Haftpflicht des Unternehmers nach § 913 RVO. sind neue leitende Gesichtspunkte aufgestellt worden. Darnach ist der die Strafestsetzung enthaltende Bescheid dem Unternehmer gegenüber nur dann vollstreckbar, wenn er diesem ordnungsmäßig zugestellt worden ist. Daß dem Unternehmer ein selbständiges Beschwerderecht zusteht, ist in der Kommissionsberatung ausdrücklich anerkannt worden. — Alle Berufsgenossenschaften haben ihre Dienstordnungen in mehr oder weniger enger Anlehnung an den Entwurf des RVA. aufgestellt. Das Amt hat dabei auf eine durchgreifende Besserung und Sicherung der Lage der Angestellten hingewirkt. Die Gehälter sind meist wesentlich erhöht worden. Die „unständige" Beschäftigung darf längstens zwei Jahre nicht überschreiten. Teilweise mußten die Wünsche der Angestellten — so sagt das RVA. — unerfüllt bleiben wegen Ueberspannung der Forderungen. Der Entwurf der Dienstordnung für Krankenkassen stimmt mit dem für Berufsgenossenschaften im wesentlichen überein.

Die Anordnung des Verhältniswahlverfahrens für berufsgenossenschaftliche Ehrenämter hat deren Wahl erheblich erschwert. Insgesamt sind 37 Wahlen von Vorstandsmitgliedern und Delegierten angefochten worden. Zur Ausführung des § 703 der RVO. (Aufgaben der besoldeten Geschäftsführer) sind an Stelle der früheren Vorschriften neue Bestimmungen unter dem 4. Februar 1913 erlassen worden. Auf Grund der ihm im § 1566 der RVO. erteilten Befugnis (Niederschriftsmuster für Unfalluntersuchungs-Verhandlungen betr.) ist zwar ein Entwurf aufgestellt, die Sache aber sonst nicht weiter verfolgt worden. Zur Durchführung der § 857 der RVO. (Stellungnahme auch der Vertreter der Versicherten zu den Berichten der technischen Aufsichtsbeamten) hat das RVA. den Berufsgenossenschaften eine Anleitung an die Hand gegeben. Auf Anregung des Auswärtigen Amtes ist eine Darstellung der den Kaiserlichen Konsulaten auf dem Gebiete der Unfallversicherung der Seeleute obliegenden Pflichten ausgearbeitet worden.

Es bestanden im Jahre 1913 zum Zwecke der Durchführung der Unfallversicherung

67 gewerbl. BG. mit 762 603 Betrieben und 10 178 577 Versicherten,

49 landwirtsch. BG. mit 5 434 100 Betrieben und 17 179 000 Versicherten,

192 Reichs- und Staatsausführungsbehörden und 923 654 Versicherten,

369 Provinzial- und gemeindliche Ausführungs-Behörden mit 108 374 Versicherten.

Hiernach waren über 28 Millionen Personen gegen Unfall versichert, doch sind hierbei etwa 3,4 Millionen Personen doppelt gezählt, die gleichzeitig in gewerblichen und in landwirtschaftlichen Betrieben beschäftigt werden. Nach einer vorläufigen Ermittelung wurden im Berichtsjahr 787 674 Unfälle angemeldet und 139 076 erstmalig entschädigt. Die im Jahre 1913 verausgabten Entschädigungen betrugen 176 793 700 Mk. gegen 168 911 789 im Jahre 1912. Entschädigungen wurden im Jahre 1913 angewiesen an 893 014 Verletzte, 97 625 Witwen, 116 338 Kinder und Enkel Getöteter, 5379 Verwandten aufsteigender Linie Getöteter, daneben an 15 498 Ehefrauen, 33 411 Kinder und Enkel und 272 sonstige Verwandte als Angehörigen von Verletzten, die in Heilanstalten untergebracht waren. Insgesamt erhielten daher 1 161 539 Personen Bezüge auf Grund der Unfallversicherung.

Durch Rundschreiben an die Berufsgenossenschaften wird demnächst bestimmt werden, daß und in welcher Art das „Vermögen" im Sinne des § 718 der RVO. einheitlich zu berechnen ist. Zugleich werden neue Muster für jährlich einzureichende Vermögensübersichten herausgegeben. Eine Reihe statistischer Arbeiten (z. B. für die Internationale Baufach-Ausstellung 1913 in Leipzig) sind hergestellt worden. Etwa 25 Gefahrentarife wurden nachgeprüft. Die Zahl der Gefahrtarifbeschwerden (§ 49 GUVG., § 711 RVO.) belief sich auf 51. Die Unfallverhütungsvorschriften einer ganzen Anzahl Berufsgenossenschaften wurden abgeändert und vom RVA. genehmigt. Auch mit den neu unter die Aufsicht des RVA. gekommenen vier württembergischen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften wurde wegen unverzüglicher Einführung von Unfallverhütungsvorschriften verhandelt. Die Normal-Unfallverhütungsvorschriften für die Einrichtung und den Betrieb von Dampffässern sind in endgültiger Fassung herausgegeben worden. Allgemeine Unfallverhütungsvorschriften des Verbandes der Eisen- und Stahlberufsgenossenschaften wurden in ihren Grundzügen festgelegt. Besondere Unfallverhütungsvorschriften für die Montage von Eisenkonstruktionen werden nächstens fertiggestellt. Die Normal-Unfallverhütungsvorschriften für die Baugewerks-Berufsgenossenschaften wurden fertiggestellt.

Digitized by Google

Die Verhandlungen über Sicherheitsmaßnahmen gegen die Gefahren auf See sind im Berichtsjahr fortgesetzt worden. Auch in der Bekämpfung des Alkoholmißbrauchs wurden vom RVA. weitere Schritte getan. Es soll u. a. dahin gewirkt werden, daß von den zuständigen Polizeibehörden in die Baupolizeiverordnung einheitliche Bestimmungen gegen den Alkoholmißbrauch aufgenommen werden.

Bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften hat die Anstellung von technischen Aufsichtsbeamten zur Ueberwachung der Betriebe weitere Fortschritte gemacht. Von 68 gewerblichen Berufsgenossenschaften haben 64 insgesamt 389 Stellen für solche Beamte eingerichtet. Gegenwärtig sind diese Stellen durch 379 Personen besetzt. Mit Genehmigung des RVA. sind die technischen Aufsichtsbeamten bei 299 Stellen zugleich als Rechnungsbeamte tätig. Die Zahl der Stellen für technische Aufsichtsbeamte bei den 12 Baugewerks-Berufsgenossenschaften beträgt 122, davon sind 119 Beamte zugleich Rechnungsbeamte. Die Zahl der technischen Aufsichtsbeamten bei den 49 landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften ist von 51 auf 61 angewachsen. Die dem RVA. unterstehenden Berufsgenossenschaften beschäftigten 43 Beamte, von denen 7 gleichzeitig als Rechnungsbeamte tätig sind.

Die 63 gewerblichen Berufsgenossenschaften, bei denen technische Aufsichtsbeamte im Jahre 1912 tätig waren, haben für dieses Jahr gemäß § 883 Abs. 2 der RVO. Jahresberichte erstattet. Sie weisen zusammen 63 480 Revisionstage nach; im einzelnen entfallen 46 507 Tage auf Betriebsbesichtigungen, 8018 Tage auf Lohnbuchprüfungen und 8955 auf die Kontrolle der Rentenempfänger sowie auf andere Dienstgeschäfte. Bei den Baugewerks-Berufsgenossenschaften und der Tiefbau-Berufsgenossenschaft sind insgesamt in den als revisionsbedürftig nachgewiesenen Betrieben, das sind 91 681 in das Betriebsverzeichnis aufgenommene Betriebe und 12 942 angemeldete Eigenbaubetriebe, zusammen 104 623 Betriebe, 246 808 Revisionen ausgeführt worden. Bei den übrigen Berufsgenossenschaften sind von 571 690 als vorhanden nachgewiesenen Betrieben 97 665 revidiert worden.

Bei dem I. Beschlußsenat sind 44 Beschwerden eingegangen, die nach dem neuen Rechte zu entscheiden waren. Die Beschwerden gegen die Strafverfügungen der Genossenschaftsvorstände wegen Zuwiderhandlungen gegen die Unfallverhütungsvorschriften waren durch den II. (technischen) Beschlußsenat zu entscheiden. Aus dem Vorjahr waren noch 886 Beschwerden zu erledigen, wozu 207 neue kamen. Entschieden wurden über 472 Beschwerden. In 940 Fällen war über die Aufnahme oder die Ablehnung der Aufnahme von Betrieben in die Betriebsverzeichnisse zu verhandeln. Erledigt wurden 680 Sachen.

Die jährliche Uebersicht über das Anwachsen der Beträge für die landwirtschaftliche Unfallversicherung hat nach mehrjährigem nicht unerheblichem Rückgang diesmal wieder ein allerdings nur unbedeutendes Ansteigen der Verhältniszahlen, und zwar sowohl bei den Berufsgenossenschaften mit Arbeitsbedarfsmaßstab als auch bei denen mit Grundsteuerfuß, ergeben. Die Beiträge für das Jahr 1912 betrugen im Durchschnitt bei den dem RVA. damals unterstellten landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften je nach dem geltenden Beitragsmaßstabe 52,12 Proz. der Grundsteuer- und 1,40 Proz. der Lohnwerte. Im Vorjahr betrugen die in gleicher Weise ermittelten Verhältniszahlen 51,34 Proz. der Grundsteuer und 1,39 Proz. der Lohnwerte. Der Stand von 1910 oder gar von 1909 ist durch die kleine Steigerung noch nicht erreicht; sie bildet, insbesondere vor Erreichung des Beharrungszustandes, eine dem Umlageverfahren natürliche Erscheinung und berechtigt nicht allgemein zu ungünstigen Schlüssen. Bei der Durchschnittsberechnung sind wie im Vorjahr 15 Berufsgenossenschaften mit Grundsteuerfuß und 14 Berufsgenossenschaften mit Arbeitsbedarfsmaßstab berücksichtigt worden. Eine von den 30 der Aufsicht des RVA. bisher unterstellten Berufsgenossenschaften mußte wegen ihrer nicht vergleichbaren grundsteuerlichen Verhältnisse außer Betracht bleiben, die Uebersichten können nur ein ungefähres Bild der Höhe und der Steigerung der Beiträge ergeben.

Die „Leitsätze für das Heilverfahren in der Wartezeit" haben die Frühbehandlung der Verletzten erfreulich gefördert. Zwischen den Berufsgenossenschaften und den Krankenkassen ist es vielfach zu einer Verständigung über die Ausübung des Uebernahmerechts gekommen. Im Jahre 1912 wurden von sämtlichen Berufsgenossenschaften 19 137 Fälle übernommen. Die Kosten dieser Fürsorge in der Wartezeit betrugen 1 339 996 Mark. — Beschwerden in Unfallversicherungssachen wurden im Berichtsjahr beim RVA. 2955 neu eingelegt.

2. Rechtsprechung.

Der vorliegende Bericht des RVA. ist um deswillen besonders wichtig, weil er zum ersten Male die Wirkungen des neuen Verfahrens in der Rechtsprechung zur Unfall- und Invalidenversicherung darstellt. Die RVO. hat bekanntlich die einschlägigen Vorschriften erheblich umgestaltet. Es hat die neu eingerichteten Versicherungsämter mit zu dem Verfahren herangezogen, hat für eine große Reihe von Streitigkeiten die Oberversicherungsämter als endgültige und letzte Instanz eingesetzt, hat die höchstinstanzlichen Entscheidungen in Invalidenversicherungssachen aus Bayern, Sachsen und Baden den für diese Bundesstaaten bestehenden Landesversicherungsämtern übertragen usw. Im allgemeinen hatten diese Neuerungen den Zweck, das RVA. zu entlasten. Diese Wirkung ist vorläufig noch nicht eingetreten. In der Regel dauert es immer noch ein Jahr, oft auch noch länger, bevor in einer bei dem Amte anhängig gemachten Sache ein Termin angesetzt wird. Inzwischen können sich meist alle zur Beurteilung des Falles wichtigen Tatsachen und Fragen völlig verschoben haben.

Betrachten wir die neuesten statistischen Mitteilungen näher, so ist zunächst hervorzuheben, daß auf dem Gebiete der Unfallversicherung von den gewerblichen Versicherungsträgern 327 092 und von den landwirtschaftlichen Versicherungsträgern 192 810, zusammen also 519 902 Bescheide erlassen worden sind. Im Jahre 1912 waren es nur zusammen 424 855. Diese starke Zunahme hat ihren Grund in den neuen gesetzlichen Bestimmungen, die für eine größere Zahl von Vorgängen einen „Bescheid" vorsehen, sodann und zwar hauptsächlich in der neuen Einrichtung, daß, wenn gegen einen Rentenbescheid „Einspruch"

Digitized by Google

erhoben worden ist, nochmals ein Bescheid, nämlich ein „Endbescheid", zu geben ist, also für ein und denselben Fall und Vorgang mehrere Bescheide erteilt werden können und müssen. Gegen die ersten Bescheide wurde in 48 960 gewerblichen und 21 412 landwirtschaftlichen Unfallsachen Einspruch von den Verletzten erhoben. Die Folge des Einspruchs ist, daß zunächst der Verletzte persönlich in der Sache zu hören ist. Die Berufsgenossenschaften haben diese vorgeschriebene Vernehmung überwiegend den Versicherungsämtern überlassen, und zwar die gewerblichen Berufsgenossenschaften in 95 Prozent, die landwirtschaftlichen in 82 Prozent sämtlicher Fälle. Von den insgesamt 70 372 Einsprüchen wurden 10 324, das sind 14,9 Prozent, zugunsten der Verletzten erledigt. Die übrigen 58 956 oder 85,1 Prozent waren ohne Erfolg für die Verletzten.

Wie viele Berufungen gegen die Endbescheide an die Oberversicherungsämter eingelegt wurden, geht leider aus der Statistik noch nicht hervor. Das RVA. teilt mit, daß die „Angaben von den Königlich Preußischen Oberversicherungsämtern nicht zu erlangen waren." Aus den vorliegenden Geschäftsberichten der nichtpreußischen Oberversicherungsämter geht aber hervor, daß die Zahl der bei ihnen im Geschäftsjahr anhängig gewordenen Berufungen gegenüber dem Vorjahr fast durchweg, zum Teil sehr erheblich, zurückgegangen ist. Dieser Rückgang wird mit der günstigen Wirkung des eingeführten Einspruchsverfahrens begründet.

Die Zahl der beim RVA. eingegangenen Rekurse verminderte sich von 23 001 im Jahre 1912 auf 12 913 im Jahre 1913. Das ist eine Abnahme von 44 Prozent. Diese Abnahme ist durch die neu eingeführte Beschränkung des Rechtsmittels des Rekurses gegen früher herbeigeführt worden. Die Rekurshäufigkeit war größer in gewerblichen Unfallversicherungssachen (28,7 Prozent), als in landwirtschaftlichen (16,7 Prozent). Am häufigsten, nämlich in 66,1 Prozent, handelte es sich bei den Rekurssachen um Herabsetzung schon seither gewährter Renten. In 12 Prozent der Sachen handelte es sich um das Maß der Erwerbsunfähigkeit bei der erstmaligen Rentenfestsetzung, in 8,4 Prozent der Fälle um die Frage, ob ein Zusammenhang zwischen dem Betriebsunfall und der Erwerbsunfähigkeit besteht usw. Was den Erfolg der Rekurse anbetrifft, so wurden vom RVA. 26,6 Prozent der Schiedsgerichtsurteile völlig oder teilweise abgeändert. Bei den Rekursen der Versicherten betrugen die entsprechenden Zahlen 20,4, bei denen der Versicherungsträger 49,1 Prozent.

Zur Erledigung der Rekurse haben im RVA. stattgefunden 1184 Sitzungen mit 18 431 mündlichen Verhandlungen. Unter den Sitzungen waren 2 des großen Senats (§§ 101, 1717 RVO.). Zu der mündlichen Verhandlung waren erschienen der Verletzte persönlich in 2519 Fällen, ein Vertreter des Verletzten in 3099 Fällen und ein Vertreter des Versicherungsträgers in 5327 Fällen. Beweiserhebung wurde beschlossen vor der Verhandlung in 2662 Fällen, auf Grund der Verhandlungen in 1178 Fällen. Im Präjudizienbuche wurden bis Ende des Berichtsjahres 17 080 Sachen vermerkt.

B. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenen-Versicherung.

1. Verwaltung.

Für Krankenkassen waren zwei weitere Mustersatzungen auszuarbeiten. Die „Bestimmungen für das Aufstellen der Uebersichten über die Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der Versicherungsanstalten und Sonderanstalten" sind reformiert worden.

Nach den vierteljährlichen Nachweisungen der Versicherungsträger wurden bis zum 31. Dezember 1913 insgesamt 2 971 727 Rentenansprüche anerkannt, und zwar von den 31 Versicherungsanstalten 2 808 922, von den 10 Sonderanstalten 162 805. Die von den Versicherungsanstalten festgesetzten Renten setzen sich aus 2 105 698 Invalidenrenten, 142 752 Krankenrenten, 513 271 Altersrenten, 10 948 Witwen- und Witwerrenten, 383 Witwenkrankenrenten, 35 864 Waisenrenten und 6 Zusatzrenten zusammen, während von den Sonderanstalten 134 235 Invalidenrenten, 7858 Krankenrenten, 15 328 Altersrenten, 1337 Witwen- und Witwerrenten, 30 Witwenkrankenrenten und 4017 Waisenrenten festgesetzt wurden.

Die vierteljährlichen Nachweisungen geben auch die Zahl der weggefallenen Renten und den verbleibenden Bestand an. Danach liefen am 1. Januar 1914 gleich 998 339 Invalidenrenten, 16 555 Krankenrenten und 87 261 Altersrenten, zusammen 1 102 155 Renten. Hiervon entfielen auf die 31 Versicherungsanstalten 933 805 Invalidenrenten, 16 242 Krankenrenten, 85 594 Altersrenten, insgesamt also 1 035 641 Renten, auf die 10 Sonderanstalten insgesamt 66 514 Renten, und zwar 64 534 Invalidenrenten, 313 Krankenrenten und 1667 Altersrenten. Der Gesamtbetrag, der bis Ende 1912 aus der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung gezahlten Entschädigung belief sich auf 2 477 490 316 Mk. Auf das Jahr 1912 entfallen davon 205 191 857 Mark.

Die Einnahme aus Beiträgen ist für das Jahr 1913 auf etwa 290 Millionen Mark zu schätzen. Der Erlös aus dem Verkaufe von Beitragsmarken betrug bei den 31 Versicherungsanstalten im Berichtsjahr nach den in den Amtlichen Nachrichten des RVA. veröffentlichten Zahlen Mark 262 845 836 gegen 248 570 305 Mk. im Jahre 1912 und 192 700 488 Mk. im Jahre 1911. Die für polnische Arbeiter russischer und österreichischer Staatsangehörigkeit von den Arbeitgebern zu entrichtenden Beträge sind in den vorstehenden Zahlen nicht enthalten.

Das Reinvermögen, d. h. das nach Abzug der Schuldverpflichtungen vorhandene Vermögen der Versicherungsträger dürfte Ende 1913 2 Milliarden übersteigen; dabei ist bei den Sonderanstalten nur der für die reichsgesetzlichen Verpflichtungen bestimmte Teil des Vermögens berücksichtigt. Von dem Rohvermögen entfielen am Schlusse des Jahres 1912 gleich 35 Proz. auf Wertpapiere, 58 Proz. auf Darlehen und 5 Proz. auf Grundstücke und bewegliche Einrichtung.

Die Gesuche außerhalb des Rechtsmittelzuges waren auch im Jahre 1913 zahlreich. Insgesamt waren 1088 solche Sachen zu bearbeiten.

Nach der neuesten im RVA. bearbeiteten Statistik über die Heilbehandlung von Versicherten der Invalidenversicherung haben die

Digitized by Google

Landesversicherungsanstalten und Sonderanstalten im Jahre 1912 gleich 48 861 versicherte Personen wegen Lungen- und Kehlkopftuberkulose mit einem Kostenaufwande von über 19 Millionen Mark behandeln lassen. Wegen Lupus sind 202 Personen in Heilbehandlungen genommen worden. Für die Behandlung von 43 015 Versicherten, bei denen andere Krankheiten in Frage kommen, ist ein Betrag von 9,3 Millionen Mark aufgewendet worden. Außerdem wurden noch 43 395 Versicherte ambulant behandelt, darunter rund 40 000 wegen Zahnkrankheiten (Zahnersatz). Die Gesamtzahl der behandelten Versicherten im Jahre 1912 beträgt somit 135 473. Der Gesamtkostenaufwand für die Durchführung der Heilbehandlung stellte sich abzüglich der Erstattungen durch Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Gemeinden usw. auf 23 565 482 Mk. Auf 100 Mark der Beitragseinnahme entfielen durchschnittlich 8,6 Mk. Heilbehandlungskosten. Seit dem Jahre 1897, also in einem Zeitraum von 16 Jahren, sind im ganzen 992 390 versicherte Personen, darunter 421 044 wegen Tuberkulose, mit einem Gesamtaufwande von nahezu 236 Millionen Mark auf Kosten der Versicherungsträger behandelt worden.

Ein großer Teil der erkrankten Versicherten — 23 962 Tuberkulöse und 18 741 andere Kranke — sind in den eigenen Heilstätten der Versicherungsträger behandelt worden. Ende 1912 waren 39 eigene Lungenheilstätten mit 4870 Betten und 38 Sanatorien, Genesungsheime und Krankenhäusern mit 3451 Betten im Betriebe. Im Baue befanden sich eine Lungenheilstätte, eine Tuberkulinstation und 4 Genesungsheime. Die Kosten für die Errichtung der 77 in Betrieb befindlichen Heilstätten beliefen sich bis Ende 1912 auf über 69 Millionen Mark. Für die im Baue befindlichen Heilstätten und für Erweiterungsbauten wurden 5,4 Millionen Mark aufgewendet, so daß der Gesamtkostenaufwand bis Ende 1912 gleich 74,5 Millionen Mark beträgt. Von den 1912 in Heilstätten behandelten Lungentuberkulösen wurden 92 Proz. und von den anderen Kranken 91 Proz. als erwerbsfähig entlassen. Ebenso weist auch die Lupusbehandlung günstige Erfolge auf. Es waren auf 195 durchgeführte Behandlungen 176 Heilerfolge zu verzeichnen. Zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherungspflichtigen Bevölkerung haben die Versicherungsträger im Jahre 1912 1 102 882 M. ausgegeben. Im Jahre 1913 ist die Summe erheblich gestiegen.

Streitigkeiten über die Beitragsleistung wurden dem RVA. vielfach nach § 1459 RVO. überwiesen. Hierdurch wurden eine Reihe grundsätzlicher Fragen entschieden. Auch über das Verfahren bei Anwendung des § 1459 und über das Verhältnis dieser Vorschrift zu den Vorschriften über das Befreiungsverfahren ist eine Reihe von Grundsätzen aufgestellt worden. Beschlußsachen, die nicht dem Beschlußsenate vorbehalten waren, wurden mehrfach nach § 1799 der RVO. an das RVA. abgegeben.

Die Ueberwachungseinrichtungen sind in der bisherigen Weise gehandhabt worden. Bei den Versicherungsanstalten sind jetzt insgesamt 466 Ueberwachungsbeamte gegenüber 445 im Vorjahr tätig. Davon entfallen auf die vom VA. beaufsichtigten Versicherungsanstalten, also ausschließlich derjenigen in Bayern, Sachsen und Baden 432, auf die bayerischen 28, auf Sachsen, wo durchweg das Einzugsverfahren besteht, keine, auf Baden 6. Im Aufsichtsbezirke des RVA. sind rund 4,15 Millionen Versicherte überwacht und an rückständigen Beiträgen im Jahre 1912 etwa 1 549 100 M. — bei einzelnen Anstalten bis zu 276 016 M. — ermittelt und eingezogen worden. Dazu tritt der Mehrbetrag, der durch Nachverwendung höherer statt der ursprünglich verwendeten zu niedrigen Marken erzielt worden ist.

Nach der im RVA. für das Jahr 1912 zusammengestellten Uebersicht über das Ergebnis der örtlichen Ueberwachung der Beitragsleistung sind in diesem Jahre 34 435 Personen von den Ueberwachungsbeamten neu zur Versicherung angehalten worden. Diese Zahl verdient Beachtung, namentlich mit Rücksicht auf die Revisionsentscheidung 1736, Amtliche Nachrichten des RVA. 1913, S. 596, in welcher der große Senat zu der Frage Stellung genommen hat, inwieweit die Versicherungsanstalten Anerkenntnisse der Versicherungspflicht oder der Versicherungsberechtigung, die von ihren Kontrollbeamten abgegeben werden, gegen sich gelten lassen müssen. Von Einzugsstellen sind 451 Personen neu zur Versicherung herangezogen worden, und zwar in Westpreußen 32 und in Württemberg 419.

Die Zahl der Invalidenhauspfleglinge steigt trotz der Abneigung vieler, besonders lungentuberkulösen Rentenempfänger gegen die Unterbringung in geeigneten Anstalten fortgesetzt. Während im Jahre 1907 nur 20 Versicherungsträger an der Invalidenhauspflege beteiligt und nur 2155 Rentenempfänger, darunter 402 tuberkulöse Invaliden in Anstalten untergebracht waren, wurden im Jahre 1912, also fünf Jahre später, von 28 Versicherungsanstalten 4431 invalide Personen, darunter 1208 tuberkulöse, in Invalidenheimen usw. verpflegt. Im Berichtsjahre erstreckte sich die Invalidenhauspflege auf 5031 Personen; unter diesen befanden sich 1433 tuberkulöse. Ohne Vermittlung der Versicherungsträger sind in Siechen- und Krankenhäusern, Spitälern, Irrenanstalten usw. 19 602 Rentenempfänger verpflegt worden. Hinsichtlich der Zahl der in Invalidenhauspflege gegebenen Rentenempfänger steht die Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz mit 1459 Personen an der Spitze aller Versicherungsanstalten. Ihr folgen Schlesien mit 591, Westfalen 564, Thüringen mit 338, Königreich Sachsen mit 287, Hannover mit 206 und Sachsen-Anhalt mit 202 Pfleglingen. Die übrigen 21 Versicherungsanstalten weisen kleinere Zahlen auf. Die Zahl der lungentuberkulösen Invalidenhauspfleglinge ist gegen das Vorjahr um 225 gestiegen. Die größte Zahl solcher Pfleglinge, nämlich 618, ist von der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz untergebracht worden. In weitem Abstand folgen Schlesien mit 374, Thüringen mit 84, Großherzogtum Hessen mit 82, Hannover mit 68 und Westfalen mit 54 Tuberkulösen.

Eigene Invalidenhäuser mit 507 Betten besaßen 10 Versicherungsträger, 2 Häuser mit 115 Betten waren für Zwecke der Invalidenhauspflege gemietet. Die Grunderwerbs-, Bau- und Einrichtungskosten der im eigenen Besitze der Versicherungsträger befindlichen 15 Invalidenheime betrugen bis zum Schlusse des Berichtsjahres 1 354 202 M. Die Kosten für ein Bett stellen sich im Höchstfall auf 5041 M., im niedrigsten

Digitized by Google

Falle auf 1161 und im Durchschnitt auf 2671 M. Die gesamten Pflegekosten erreichten nach Abzug der Erstattungen durch den Rentenverzicht, durch Zuschüsse von Gemeinden usw. im Jahre 1913 den Betrag von 1 238 157 M. gegen 1 069 430 Mark im Vorjahre. Die Verpflegungskosten für den Kopf und Tag eines Pfleglings stellten sich im Durchschnitt auf 0,97 M. Für Waisenhauspflege wurden im Berichtsjahr 22 020 M. aufgewendet.

Zur Anlegung von Geldern unter Ueberschreitung der Grenze der Mündelsicherheit ist im Berichtsjahr die Genehmigung für Beträge in der Gesamthöhe von 13 936 131 M. erteilt worden. Der Gesamtbetrag der von den Versicherungsträgern bis zum 31. Dezember 1913 für gemeinnützige Zwecke aufgewendeten Mittel beläuft sich auf 1 243 971 139 M. Im Jahre 1913 allein sind hergegeben worden 126 413 681 M. Zum Bau von Arbeiterwohnungen sind hergegeben worden 457 573 461 M., zum Bau von Ledigenheimen 25 064 120 M., zum Bau von Kranken- und Genesungshäusern 133 100 401 M. usw.

Bis zum Schlusse des Berichtsjahres hatten 74 Krankenversicherungsvereine den Antrag auf Zulassung als Ersatzkassen gestellt. Davon wurde 18 die Zulassung gewährt. Die Rechnungsstelle des RVA. hatte 191 250 Zählkarten zum Zwecke der Verteilung der Lasten auf das Reich, die Gemein- und die Sonderlast zu bearbeiten.

2. Rechtsprechung.

Auf dem Gebiete der Invalidenversicherung sind die Veränderungen im Rentenfestsetzungsverfahren weniger einschneidender Art. Hier ist nur die Revisionsmöglichkeit eingeschränkt worden. Von den Invaliden-Versicherungsanstalten wurden 1913 insgesamt 198 174 berufungsfähige Bescheide in Invalidenversicherungssachen erlassen. Von dieser Gesamtzahl der Bescheide betreffen allein 185 015 Invalidenrenten, sodann 13 159 Altersrenten. In Hinterbliebenenrentensachen wurden 58 579 Bescheide erlassen, wovon 28 174 Waisenrenten betreffen. Gegen die rund 257 000 Bescheide wurden 26 791 Berufungen (das sind auf 100 Bescheide 10,4) an die Oberversicherungsämter eingelegt. Von diesen Berufungen betrafen allein 24 097 Invalidenrentensachen (auf 100 Bescheide 13,0 Berufungen), 1699 Witwenrenten (auf 100 Bescheide 8,0 Berufungen) usw. Von den Berufungen wurden 4023, das sind 17,2 Prozent, zugunsten der Versicherten erledigt, dagegen 19 375, das sind 82,8 Prozent, zugunsten der Versicherungsanstalten. Gegen die Entscheidungen der Oberversicherungsämter wurde in 4701 Fällen (gegen 5939 im Jahre 1911) Revision an das Reichsversicherungsamt eingelegt. Davon betrafen 91 Prozent Invalidenrenten, 0,9 Prozent Altersrenten und 8 Prozent Hinterbliebenenrenten. Von dieser Gesamtzahl der Revisionen kamen 3976 (84,5 Prozent) von den Versicherten und 725 (15,5 Prozent) von den Versicherungsanstalten. Das RVA. hat in 3589 (79,5 Prozent) Fällen das angefochtene Urteil des Oberversicherungsamts bestätigt, in 923 (20 Prozent) Fällen abgeändert oder nochmals an das Oberversicherungsamt zurückverwiesen. Den in Abänderung usw. bestehenden Erfolg hatten die Revisionen der Versicherten in 14,5 Prozent der Fälle, die der Versicherungsanstalten aber in 50 Prozent der Fälle.

Zur Erledigung der Revisionen haben im RVA. in 4529 Sachen 309 Sitzungen stattgefunden. Versicherte waren in den Sitzungen durch Rechtsanwälte in 13 Fällen, durch Arbeitersekretäre in 89 Fällen vertreten. Der durch die RVO. neugeschaffene Beschlußsenat der Abteilung für Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung hat im Berichtsjahr 9 Sitzungen abgehalten, in denen 61 Streitsachen erledigt wurden. Dabei handelte es sich vorwiegend um Beschwerden wegen Nichtgenehmigung von Krankenkassensatzungen.

Alles in allem zeigt der Bericht, welches umfangreiche und komplizierte Gebiet die soziale Versicherung geworden ist.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und recht deutlich zu schreiben.

Zur Leistungspflicht der Kassen bei Zahnleiden.

1. Nach K. Antwort: Die Leistungspflicht der Krankenkassen bei Zahnkrankheiten unterliegt im allgemeinen keiner anderen grundsätzlichen Beurteilung, als die Leistungspflicht bei anderen Krankheiten. Einige Besonderheiten, die sich aus der Eigenart der Zahnleiden ergeben, finden sich in den Kommentaren an den zutreffenden Stellen erörtert. Festzuhalten ist vor allem, daß ärztliche Leistungen, die nur der Vorbeugung dienen, den Kassen nicht obliegen. Die Karies der Zähne aber ist, auch wenn weder Schmerz noch Störung der Kaufähigkeit besteht, schon eine der ärztlichen Behandlung bedürftige Krankheit; die Behandlung ist zu gewähren, weil sie der Beseitigung des Leidens, nicht bloßer Vorbeugung dient (Hahn, Handb. der KrVers. S. 209). Häufiger schon wird die Reinigung der Zähne, die Beseitigung des Zahnsteins, nur eine vorbeugende Maßnahme sein. Offenbar um ein Bedenken in dieser Richtung auszuschließen, hat der Zahnarzt ausdrücklich bemerkt: „Reinigung wegen Entzündung des Zahnfleisches". Trifft dies tatsächlich

Digitized by Google

zu, so sind die Behandlungskosten zu gewähren. Wie es sich mit dem Plombieren der Zähne verhält, ist oft erörtert (Hahn S. 214 und die dort angeführten Entscheidungen). Nur aus „kosmetischen" Rücksichten, die namentlich bei weiblichen Versicherten oft eine große Rolle spielen, brauchen Plomben nicht gewährt zu werden. Oft aber dienen sie der Beseitigung oder Milderung einer Krankheit, und zwar auch einer mittelbaren, z. B. eines durch die Beeinträchtigung der Kaufähigkeit verursachten Magenleidens; dann muß die Kasse dafür aufkommen, und zwar in vollem Betrage, nicht etwa nur in den engen Grenzen der „kleineren Heilmittel" (§ 182 Ziff. 1 RVO.); denn das wesentliche an dieser Leistung ist die Tätigkeit des Arztes, also „ärztliche Behandlung", hinter der das sächliche Mittel (die Plombe) zurücktritt. Selbstverständlich hat sich die Leistung in den Grenzen des Notwendigen zu halten; insbesondere also ist die billigste Art der Füllung zu wählen, also Zement- oder nötigenfalls Amalgam-, nicht Gold- oder Porzellanfüllung. Auch Zahnersatzmittel können unter entsprechenden Gesichtspunkten als „Heilmittel" in den durch Gesetz und Satzung gezogenen Grenzen (vgl. § 182 Ziff. 1, § 187 Ziff. 3, § 193) zu gewähren sein (Näheres bei Hahn S. 216). Antiseptische Einlagen, Betäubung und ähnliche Maßnahmen sind Teil der ärztlichen Behandlung. Ob die Kosten dafür zu bezahlen sind, ist an und für sich keine Rechtsfrage, sondern eine Frage der Notwendigkeit im Einzelfalle, worüber der Arzt zu urteilen hat. Gleiches gilt von den anderen in der Anfrage einzeln bezeichneten Handlungsweisen. Eine Prüfung und Beurteilung ist nur im Einzelfalle möglich; eine Nachprüfung wird demgemäß außerordentlich erschwert, häufig unmöglich sein. Der Beweis sowohl für die einzelnen ärztlichen Leistungen als auch für ihre Notwendigkeit liegt im Streitfall übrigens dem Arzt ob. Die Richtigkeit der angesetzten Gebühr ist auf Grund der Taxe (Abschn. III) festzustellen. Mit Zahnärzten werden Vereinbarungen über geringere als die taxmäßigen Sätze von den Krankenkassen verhältnismäßig selten getroffen, weil die Zahnärzte, wenigstens außerhalb der großen Orte, nicht so zahlreich sind, daß sie durch die Konkurrenz zur Bewilligung geringerer Behandlungsgebühren gedrängt würden. In großen Orten haben sich die großen Kassen mitunter durch die Errichtung eigener Zahnkliniken aus der Zwangslage geholfen. Wo es zu besonderen Vereinbarungen nicht kommt, haben die Kassen die niedrigsten Sätze der Taxe zu bezahlen.

Krankenversicherung beim Zusammentreffen ständiger und unständiger Beschäftigung.

2. Nach Bonn. Antwort: Während die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger im Falle ständiger Beschäftigung mit dem Eintritt in diese beginnt (§ 306 RVO.), beginnt sie bei unständiger Beschäftigung erst mit der Eintragung in das Verzeichnis (§ 442). Diese Eintragung erfolgt aber nur, wenn der unständig Beschäftigte keiner Kasse angehört (§§ 443, 444); sie unterbleibt also, wenn er bereits in ständiger versicherungspflichtiger Beschäftigung steht, und ebenso ist er zu löschen, wenn er durch Ergreifen einer ständigen versicherungspflichtigen Beschäftigung erst nachträglich Mitglied einer Kasse wird (§ 447). Begründet die ständige Beschäftigung die Zugehörigkeit zu derselben Kasse, der der Versicherte bereits infolge der unständigen angehört, so muß der Arbeitgeber ihn nach § 317 anmelden, und die Mitgliedschaft „auf Grund dieser Anmeldung", also auf Grund der ständigen Beschäftigung setzt die frühere Mitgliedschaft unmittelbar fort (§ 449). Aus dem Zusammenhang aller dieser Vorschriften ergibt sich, daß beim Zusammentreffen ständiger und unständiger Beschäftigung das Versicherungsverhältnis grundsätzlich durch die ständige Beschäftigung bestimmt wird (vgl. auch Seelmann hier S. 304). Welche von beiden Beschäftigungen überwiegt, kommt also nicht in Frage, sofern nur jede versicherungspflichtig ist; eine entsprechende Anwendung des § 309 ist ausgeschlossen.

Folgen der versäumten Lösung des Vertrages zwischen einer geschlossenen Krankenkasse und einem Arzte.

3. Nach Molsheim. Antwort: Dem Arzte gegenüber kommt nur § 302 RVO. in Betracht; Art. 32 Einf.Ges. gilt nur für Kassenangestellte, nicht für Aerzte. Hat der Vorstand der geschlossenen Kasse versäumt, dem Arzte den Beschluß über die Schließung gemäß § 302 mitzuteilen, so gehört es zu der ihm nach § 301 obliegenden Geschäftsabwicklung, dies jetzt noch nachzuholen. Das Vertragsverhältnis endet dann drei Monate nach der Mitteilung. Für die Folgen der Verzögerung haftet der schuldige Vorstand der geschlossenen Kasse. Die ausgestaltete Ortskrankenkasse, zu der die Mitglieder jener Kasse übergegangen sind, hat mit der Sache an sich nichts zu tun, da sie nicht deren Rechtsnachfolgerin ist. Sie wird davon nur insofern betroffen, als die Ansprüche des Arztes auf Grund seines einstweilen noch fortdauernden Vertrages aus dem Vermögen der geschlossenen Kasse nach § 301 zu befriedigen sind und sich folgeweise der ihr nach § 302 zu überweisende Betrag mindert.

Die Erhebungen über Voraussetzungen der Strafbarkeit aus § 530 RVO. sind Sache des Versicherungsamts, nicht der Kasse.

4. Nach K. Antwort: Das Verlangen des Versicherungsamts, daß die Krankenkasse, wenn sie Strafanzeigen wegen unterlassener Meldungen erstattet, zunächst selbst — durch Aufforderung zu Erklärungen, durch Vernehmungen oder sonstige Erhebungen, nötigenfalls unter Anwendung des § 115 RVO. — die erforderlichen Unterlagen dafür beschaffen soll, daß die Verletzung der Meldepflicht schuldhaft erfolgt ist, ist ganz unbegründet. Das Amt übersieht, daß es sich bei der Verletzung der Meldepflicht um eine von Amts wegen zu verfolgende strafbare Handlung handelt, daß die Strafverfolgung und folglich auch die Aufklärung des Sachverhalts Offizialsache des Versicherungsamts ist, und daß jede beliebige Person (nicht bloß die Kasse) durch eine einfache Anzeige die Amtstätigkeit anregen kann. Der Kasse erwächst daraus, so wenig wie einem anderen Anzeigenden, eine Pflicht zu Erhebungen, und sie hat auch keine Machtmittel in dieser Richtung. Wollte sie eine Behörde um Erhebungen ersuchen, so würde man ihr entgegensetzen, daß sie nicht „im Vollzuge" des Gesetzes handle

Digitized by Google

(§ 115), weil die Strafverfolgung nicht ihre Sache sei. Liegt objektiv eine Verletzung der Meldepflicht vor, so wird übrigens mindestens Fahrlässigkeit ohne weiteres anzunehmen sein, wenn nicht der Arbeitgeber entschuldigende Momente nachweisen oder doch glaubhaft machen kann. Sich hierüber zu äußern, muß ihm das Versicherungsamt Gelegenheit geben.

Abwicklung der Geschäfte bei Auflösung eines Kassenverbandes.

5. Nach H. Antwort: Aus § 412 RVO. ergibt sich, daß infolge der Auflösung des Kassenverbandes ein Abwicklungsverfahren (entsprechend wie nach § 301 bei Auflösung einer Kasse) eintreten muß. Der Verband gilt für diesen Zweck als fortbestehend und wird insoweit noch weiter durch seinen Vorstand vertreten (§§ 5, 408 Abs. 2), insbesondere auch in den schwebenden Rechtsstreiten. Ein Fehlbetrag zur Deckung der Verbandsverbindlichkeiten ist nach § 412 von den beteiligten Kassen anteilig aufzubringen; die hiernach erforderlichen Zuschüsse sind nötigenfalls zwangsweise beizutreiben (§§ 28, 408, Abs. 2; Hahn, Handb. der KrVers. Anm. zu § 412). Streit ist nach § 413 Abs. 3 zu entscheiden. Soweit die beteiligten Kassen aufgelöst oder geschlossen sind, hat der Verbandsvorstand den Anspruch auf die Zuschüsse im Abwicklungsverfahren der einzelnen Kasse nach § 301 geltend zu machen. Reicht das Vermögen einer solchen Kasse zur vollen Befriedigung ihrer Gläubiger (einschließlich des Verbandes wegen der Zuschüsse) nicht hin, so ist es nach den Grundsätzen des § 61 Konk.Ordg. verhältnismäßig zu verteilen (vgl. Hahn Anm. zu § 304), soweit es sich nicht um Betriebs- oder Innungskrankenkassen handelt, bei denen der Arbeitgeber oder die Innung auch dem Verbande für den Zuschuß haftet. Erleidet hiernach der Verband Ausfälle, so daß ein Teil des Fehlbetrages ungedeckt bleibt, so hat auch der Verbandsvorstand die Gläubiger anteilig unter Berücksichtigung des § 61 Konk.Ordg. zu befriedigen oder Konkurseröffnung über das Verbandsvermögen zu beantragen (§ 213 mit §§ 207, 208 Konk.Ordg.).

Hat der Ausschuß einer Kasse das Recht, einen Kongreßdelegierten zu wählen?

6. Nach N. N. Frage: Der Ausschuß hat gegen den Willen des Vorstandes einen Kongreßdelegierten aus seiner Mitte gewählt. Ist er hierzu nach Gesetz und der beiliegenden Satzung berechtigt? Muß der Vorstand diesen Beschluß zur Ausführung bringen? Falls der Ausschuß hierzu berechtigt ist, bedarf es dann nicht der Zustimmung beider Gruppen im Ausschuß, oder genügt einfache Majorität? Auf der Tagesordnung hat die Angelegenheit nicht gestanden, der Antrag wurde vielmehr von dem Vorsitzenden des Ausschusses eingebracht, der dann auch gewählt wurde.

Antwort: Weder aus dem Gesetz noch aus Ihrer Satzung läßt sich ein Recht des Ausschusses zur Wahl der Versammlungsteilnehmer herleiten. Der Vorstand also hat kraft seiner allgemeinen Verwaltungsbefugnis allein über die Auswahl der Persönlichkeit zu befinden, wobei wir voraussetzen, daß hinsichtlich der aufzuwendenden Kassenmittel der § 363 Abs. 2 RVO. beachtet ist. Wenn es sich übrigens, wie es scheint, um den Besuch der Versammlung einer sogen. freien Kassenvereinigung handelt, so ergibt sich die ausschließliche Bestimmungsbefugnis des Vorstandes noch besonders aus § 414 Abs. 1.

Freiwillige Kassenmitglieder können die bisherige Versicherung aufrecht erhalten, auch wenn sie hausgewerbliche Arbeiten verrichten.

7. Nach Neustadt i. Sa. Antwort: Der vorstehende Satz ergibt sich aus §§ 443, 468, RVO. und der Begründung zu § 471 Entw. (Hahn, Handb. S. 620). Die Begründung erwähnt allerdings nur die Weiterversicherung, aber Fassung und Absicht des § 443 lassen keinen Zweifel, daß auch freiwillig beigetretene Kassenmitglieder nicht in das Verzeichnis der hausgewerblich Versicherungspflichtigen eingetragen zu werden brauchen. Beiträge und Leistungen richten sich in solchen Fällen nach dem bisherigen Versicherungsverhältnisse.

Der Anspruch auf Wochengeld setzt nicht Arbeitsunfähigkeit voraus.

8. Nach Bad K. Antwort: Der Anspruch auf Wochengeld entsteht mit der Niederkunft, ohne Rücksicht darauf, ob und wie lange die Wöchnerin arbeitsunfähig ist. Daher muß das Wochengeld auch weiter auf die satzungsmäßige Dauer gewährt werden, wenn die Wöchnerin nach drei Wochen ihre berufliche Tätigkeit wieder ausübt und aus ihr den vollen Verdienst wie gewöhnlich bezieht.

Familienhilfe für die Kinder einer versicherten Ehefrau.

9. Nach Sobernheim. Antwort: Nach Ihrer Satzung wird Familienhilfe für Kinder bis zum 14. Lebensjahr gewährt, die im Haushalt des Versicherten leben. Diese Vorschrift findet auch dann Anwendung, wenn es sich um die Kinder einer versicherten Ehefrau handelt, deren Ehemann bei einer andern Kasse — Ersatzkasse — versichert ist, gleichviel, ob diese Familienhilfe gewährt oder nicht.

Krankenversicherungspflicht eines von seinem Vater beschäftigten Volontärs.

10. Nach Marburg. Antwort: Wenn ein junger Mann nach dem Verlassen der Schule in das Geschäft seines Vaters eintritt, um dort zu einem Berufe oder in einem Gewerbe ausgebildet zu werden, so ist er Lehrling, gleichviel, ob er ein Entgelt bezieht oder nicht. Daß ihn der Vater als Volontär, nicht als Lehrling bezeichnet, ist für die Versicherungspflicht unerheblich. Soll er von dieser befreit werden, so muß dies der Vater nach § 174 Ziff. 1 RVO. beantragen.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Dippe; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe; Geh. Regierungsrat Professor Dr. Laß, Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Rat Dr. Olshausen; Geheimrat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1068 der ganzen Folge

31. Jahrgang | **21. Juni 1914** | **Heft 18**

Die Vorentscheidung im Beschlußverfahren der Versicherungsämter.

Von Oberregierungsrat **Kobler** in **München**.

Der § 1657 RVO. hat für das Spruchverfahren bestimmt, daß der Vorsitzende in allen Sachen ohne mündliche Verhandlung eine Vorentscheidung treffen kann, und § 1658 RVO. sagt, daß gegen die Vorentscheidung das Rechtsmittel, welches gegen das Urteil zulässig wäre, eingelegt oder binnen der gleichen Frist der Antrag auf mündliche Verhandlung gestellt werden kann.

In das Beschlußverfahren führte das Gesetz selbst die Vorentscheidung nicht ein. Vielmehr schreibt hier das Gesetz im § 1781 RVO. vor, welche Beschlußsachen durch den Beschlußausschuß usw. zu entscheiden sind, und § 1789 überträgt nur einige ganz bestimmte Vorschriften des Spruchverfahrens auf das Beschlußverfahren. Dagegen gestattet die Kaiserliche Verordnung vom 24. Dezember 1911 über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter, in § 60 allgemein, daß der Vorsitzende eine Vorentscheidung trifft, und sagt, daß die §§ 1657 und 1658 entsprechend anzuwenden sind.

Diese Bestimmung der Kaiserlichen Verordnung scheint nun in einer Weise ausgelegt zu werden, die schwere Bedenken hervorruft. Es zeigt sich das Bestreben, auch jene Beschlußsachen durch Vorentscheidungen endgültig zu erledigen, welche das Gesetz dem Beschlußausschuß zugewiesen hat, und die Meinung findet Anklang, daß gegen die Vorentscheidung beide Rechtsbehelfe des § 1658 RVO. zulässig sind: das Rechtsmittel selbst und der Antrag auf mündliche Verhandlung.

Eine solche Auslegung der Kaiserlichen Verordnung verstößt gegen das Gesetz. Wenn die Kaiserliche Verordnung auch auf der im § 35 Abs. 2 enthaltenen Delegation beruht und als Bestandteil des Gesetzes selbst angesehen werden muß, so konnte sie doch nichts bestimmen, was mit dem Gesetze selbst in Widerspruch steht. Sie konnte nur ein Mehr gegenüber dem Gesetze schaffen, das Gesetz ergänzen; das Gesetz abändern konnte sie nicht. Der Gesetzgeber hat nun in einzelnen Fällen, die ihm besonders wichtig schienen, nach § 1781 RVO. bestimmt, daß hier der Beschlußausschuß entscheiden muß. Die Kaiserliche Verordnung konnte diese Vorschrift des Gesetzes selbst nicht aufheben, den Beschlußausschuß nicht ausschalten. Der Beschlußausschuß wäre aber insbesondere dann ausgeschaltet, wenn gegen die Vorentscheidung das Rechtsmittel eingelegt werden könnte, das gegen den Beschluß des Ausschusses zulässig wäre. Die Kaiserliche Verordnung konnte also höchstens ein Zwischenverfahren schaffen, ähnlich dem amtsgerichtlichen Strafbefehl- und Einspruchsverfahren. Sicherlich aber ist gegen die Vorentscheidung in Beschlußsachen nur ein einziger Rechtsbehelf gegeben: Der Antrag auf Entscheidung des Beschlußausschusses.

Digitized by Google

Sicherlich will aber auch die Kaiserliche Verordnung keine andere Regelung der Sache: sie spricht nicht von einer unbedingten, uneingeschränkten, sondern nur von einer entsprechenden Anwendung des § 1658; d. h. § 1658 soll also nur soweit angewendet werden, als sich nicht aus der Natur der Sache oder einer besonderen gesetzlichen Regelung ein anderes ergibt. Das ist aber hier der Fall.

Diese Auslegung steht vollständig im Einklang mit der Geschichte des Gesetzes. § 1731 des letzten Entwurfes, der dem § 1781 des Gesetzes entspricht, lautete: Das Gesetz „und die Verordnungen über das Verfahren (§§ 33 Abs. 2, 122)" bestimmen, welche Beschlußsachen durch den Beschlußausschuß usw. zu entscheiden sind. Die Worte: „und die Verordnungen usw.", wurden auf Antrag eines Kommissionsmitgliedes durch die Reichstagskommission gestrichen. Der Antragsteller wünschte zu verhindern, daß man allzuviele Vorschriften der Kaiserlichen Verordnung überlasse, und der Kommissar des Bundesrats erklärte, man werde dem Antrage wohl entsprechen müssen, weil die Kommission schon bei Beratung des 1. Buches sich auf den Standpunkt gestellt habe, daß das Gesetz selbst vorschreiben solle, in welchen Sachen die Beisitzer im Beschlußverfahren zuzuziehen seien und in welchen nicht (Kommissionsber. VI S. 208). Damals wurde nämlich bei Beratung des § 47 des letzten Entwurfes, der als § 40 Gesetz geworden ist, — und zwar, wie der Bericht hervorhebt, „unter allgemeiner Zustimmung der Kommission und Bestätigung seitens eines Vertreters der verbündeten Regierungen" — festgestellt, daß alle Fälle, in welchen man die Zuziehung von Beisitzern zum Versicherungsamte wünsche, im Gesetze selbst allgemein bestimmt werden sollen. Diese Bestimmung solle durchweg dadurch erfolgen, daß dem Worte Versicherungsamte das Wort („Beschlußausschuß") oder („Spruchausschuß") hinzugefügt werde. (Kommissionsbericht I S. 106).

Wenn ich diese Formfrage so ausführlich behandle, so entspringt das nicht einer engherzigen Ueberschätzung des Formwesens; ich möchte nur dazu beitragen, daß die wohlbegründeten, ernsthaften Absichten des Gesetzgebers ebenso ernsthaft durchgeführt werden. Die Vorentscheidung muß überhaupt, auch in Spruchsachen, maßvoll gehandhabt werden. Die Worte des Gesetzes sind nur deshalb so allgemein gehalten, weil es unmöglich ist, eine Fassung zu finden, die dem Bedürfnisse gerecht wird. Vielmehr hat man es bei den Gesetzgebungsverhandlungen als Sache des Taktgefühles bezeichnet, die erforderliche Unterscheidung zu treffen (vgl. Kommissionsber. VI S. 145—147). Eigentlich dachte man aber nur daran, daß die kleinsten und die eiligen Sachen, sowie solche, welche klar liegen, durch Vorentscheidung erledigt werden sollten; man verwahrte sich ausdrücklich dagegen, daß die Entlastung der unteren Instanzen zu einer Belastung der höheren führe.

Die Vorentscheidungen der Vorsitzenden waren ja schon dem alten Rechte nicht fremd. § 8 der Schiedsgerichtsordnung vom 22. November 1900 kannte sie z. B. für die Fälle, in welchen die Berufung nicht rechtzeitig eingelegt oder das Schiedsgericht zur Entscheidung über die der Berufung zugrunde liegenden Beschwerdepunkte gesetzlich nicht zuständig war. Allerdings konnte gegen die Vorentscheidung der Schiedsgerichtsordnung nur der Antrag auf mündliche Verhandlung gestellt werden. Damals war die Einrichtung nicht im Stande, den Geschäftsgang wesentlich zu vereinfachen. Ich habe sie in langjähriger Uebung auch nicht dazu benützt. Und trotzdem wendete ich sie regelmäßig an, weil ich die Erfahrung machte, daß die Vorentscheidung eine sehr große praktische Bedeutung habe, wenn diese Bedeutung auch in einer anderen Richtung lag. Durch den Bescheid erfuhr der Kläger, warum seine Berufung als verspätet angesehen wurde; er hatte Gelegenheit, seine Einwendungen schon jetzt vorzubringen und war nicht gezwungen, dies zum Schaden der materiellen Entscheidung auf die mündliche Verhandlung oder, wenn er da nicht erschien, in die Rekurs- oder Revisionsinstanz zu verschieben. Und selbst, wenn der Bescheid des Vorsitzenden durch die Entscheidung des Schiedsgerichts aufrechter-

Digitized by Google

halten werden mußte, war es erwünschter, den Klagen über die Kosten einer zwecklos unternommenen Reise mit dem Hinweis darauf begegnen zu können, daß der Bescheid des Vorsitzenden schon auf diese Zwecklosigkeit aufmerksam gemacht hatte.

Welchen Erfolg das Institut der Vorentscheidung im Verfahren der Reichsversicherungsordnung bringen werde, das muß, wie der Vertreter der Verbündeten Regierungen in der Kommission ausführte, erst die praktische Erfahrung zeigen. Hier darf man vor allem das eine nicht vergessen, daß die Vereinfachung des Verfahrens der Gründlichkeit keinen Abbruch tun darf. Mit den Laienbeisitzern sollten aber bei den Versicherungsbehörden die Erfahrungen und Bedürfnisse des täglichen Lebens, die Sachkunde der Bevölkerungskreise zu Worte kommen, in deren Verhältnisse das Gesetz so häufig und so tief eingreift. Die Bureaukratie, der oft nicht ohne Grund eine zu schablonenhafte Behandlung dieser Verhältnisse vorgeworfen wurde, sollte in den wichtigeren Fällen gezwungen werden, auch tiefer zu schürfen. Gerade auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung ist die gut geleitete Mitwirkung der Laien unentbehrlich. Wer selbst jahrelang mit ihnen am Gerichtstische saß, wird diese Gelegenheit zur Anregung und Belehrung über die Dinge des Wirtschaftslebens, diesen Zwang zur Prüfung und Berichtigung der Rechtsgedanken sehr hoch einschätzen.

Aus der berufsgenossenschaftlichen Verwaltungspraxis.

Von Verwaltungsdirektor **Th. Könen** in Cöln a. Rh.

Es dürfte zu den Aufgaben dieser Zeitschrift, als Organ für Kranken-, Unfall- und Invaliden-Versicherungswesen, gehören, auch mit Fragen sich zu befassen, welche die Handhabung des praktischen innern Bureaudienstes innerhalb dieser drei Verwaltungszweige betreffen. Beispielsweise dürften in Berufsgenossenschaftskreisen, in welchen „Die Arbeiter-Versorgung" viel gelesen wird, Aufsätze über Buch- und Kassenführung, Geschäfts- resp. Bureauordnung; Dienstanweisung für die technischen Aufsichtsbeamten, Gesichtspunkte und Vordrucke für die Kataster-, Verzeichnis-, Register- und Aktenführung, Registratureinrichtung (Terminkontrolle), aktenmäßige Unfallbearbeitung, überhaupt das Formularwesen u. dgl. von Interesse sei. Außer der kurzen Anordnung des RVA. über Aktenführung und Formalien in Unfallsachen (S. 448 Bd. III des Handbuchs) ist die Literatur auf diesem Gebiete nämlich arm, gegenüber anderen Verwaltungsbehörden, neuerdings auch den Krankenkassen, für deren Geschäftsführung unter den neuen Verhältnissen, schon jetzt Anweisungen, Anleitungen und alle möglichen, von bewährten Sachkennern und Praktikern entworfene, unter Beihilfe amtlicher Stellen in Mustersammlungen (ein großer Verlag nennt es Formularmagazin) bereitgestellte Formulare und Vordrucke erhältlich sind.

Die berufsgenossenschaftlichen Beamten (etwa 5000 bei den gewerblichen und landwirtschaftlichen B.G.) und deren junger Nachwuchs, dessen Ausbildung die bestehenden „Freien Vereinigungen" und Beamtenvereine besonders zu ihren Bestrebungen zählen, würden m. E. sicher Anregung und Nutzen aus dergleichen Aufsätzen ziehen. Vor allem aus Besprechungen unter Beigabe von Mustern im großen Formularwesen. Denn nichts erscheint geeigneter das Verständnis für einschlägige Verhältnisse zu vermitteln, die Uebersichtlichkeit zu fördern, die Arbeit zu erleichtern und zu verbilligen, als gute d. h. praktisch erprobte Formulare für alle Vorgänge, die sich oft wiederholen.

Und dieser Vorgänge gibt es auf dem Wege von der Unfallanzeige bis zur

Digitized by Google

Rentenanweisung und Rechtsprechung; von der Betriebsanmeldung bis zur Beitragszahlung und -einziehung ja recht viele. Um nur einiges zu erwähnen, so sind besprechenswert: Formulare für die amtlichen Unfalluntersuchungen, deren einheitliche Fassung schon oft angestrebt worden ist; Lohnnachweise im Schadenfalle und bei der Umlage; Druckinformationen für die Mitglieder; Formulare im wechselseitigen Verkehr der Zentralen und Sektionen, zwischen Aerzten, Krankenhäusern, Betriebsunternehmern, Behörden, Krankenkassen, Abrechnung mit letzteren; ärztliche Befundberichte, Feststellungs- und Kontrollgutachten, Heilverfahrensanordnungen, zumal in der Wartezeit; Formulare bei der technischen Aufsichtsführung, Betriebsbeschreibung und viele andere, deren Fassung oft entweder allgemein paßt, oder welche die eine oder andere Verwaltung ihren Verhältnissen und der Eigenart ihres Geschäftsbetriebes entsprechend leicht einrichten kann, die aber jedenfalls alle als Unterlage zur Anregung und Belehrung zu dienen immer geeignet sind. In letzterm Sinne gedacht, nachstehend für heute einiges über die oben zuerst erwähnten Buch- und Kassengeschäfte und zwar bei den Sektionen, welche durch die neuen Bestimmungen des RVA. über die Uebertragung von Aufgaben auf die Geschäftsführer zurzeit ja wohl allenthalben wieder in den Vordergrund des Interesses gerückt waren:

Während bei den Zentralen zufolge Verfügung des RVA. in dessen Rundschreiben vom 26. Mai 1889 (Amtl. Nachr. 1889, S. 325) und nachher durch die dem Amte eingeräumte Revisionsbefugnis, endlich gefördert durch das im Jahre 1903 im Verlage der Arbeiter-Versorgung erschienene Handbuch des derzeitigen Oberrechnungsrevisors des RVA. E. Reinke: „Die Vermögensverwaltung der Berufsgenossenschaften" die großen Kassengeschäfte von jeher nach einer von den Vorständen beschlossenen Kassenordnung streng formell gehandhabt werden mußten, ohne allerdings die Freiheit in der Wahl der Buchführung zu beschränken, ist eine solche bei den meisten, jedenfalls den kleineren Sektionen seither wohl weniger üblich gewesen, wahrscheinlich, weil das Amt am Schlusse seines vorerwähnten Rundschreibens sagte: „Bei der Sektionsverwaltung wird eine in einfachen Formen geordnete Buchführung für die Einnahmen und Ausgaben, eine Portokontrolle, sowie ein Inventar- und Materialienverzeichnis gleichfalls erforderlich sein; indessen kann im Hinblick auf die geringere Ausdehnung und finanzielle Bedeutung der hier in Betracht kommenden Geldwirtschaft die bezügliche Regelung den Sektionsvorständen einstweilen ohne weiteres überlassen bleiben." — Die große Verschiedenartigkeit der Verhältnisse in den einzelnen Genossenschaften und Sektionen hatte nur zu Grundsätzen in der Kassenpraxis geführt, die Buchführung selbst entweder nach kaufmännischer oder Verwaltungsart verschieden sich entwickelt, was genügte, wenn sie den Revisionsanforderungen nur entsprach und den Vorbedingungen für die Rechnungsergebnisse gerecht wurde.

Auch jetzt sind die Formen der Buchführung keineswegs vorgeschrieben. Zwar lautete Absatz 1 der Regierungsvorlage zu dem § 121 der RVO: „Das RVA. regelt die Art und Form der Rechnungsführung". Dieser Satz wurde durch die Reichstagskommission aber gestrichen und die Streichung von dem Antragsteller damit begründet, daß keine Notwendigkeit vorliege, von der jetzt gegebenen Freiheit in der Wahl der Buchführung abzugehen, zumal die verantwortliche Leitung der Buchführung durch die Vorstände darunter leiden würde. Voraussetzung sei für jede Buchführung allerdings, daß sie in durchaus geordneter Weise erfolge. Das RVA. habe in dieser Hinsicht schon ausreichende Vollmachten. Der Umstand, daß der Rechnungsrevisor des RVA. etwas leichtere Arbeit haben würde, wenn die Rechnungsführung bei den Genossenschaften nach einer Schablone eingerichtet würde, könne nicht maßgebend sein. Eine Aenderung des bisherigen Zustandes sei unnötig."

Und das RVA. hat unterm 12. November 1912 bekanntlich eine neue Anleitung zur

Digitized by Google

Aufstellung der Nachweise über die gesamten Rechnungsergebnisse der Berufsgenossenschaften wieder herausgegeben, nur, damit diese nach einheitlichen Grundsätzen zusammengestellt werden können.

Eine feste Regelung der wichtigen Kassenvorgänge erscheint allgemein aber auch für die Sektionen empfehlenswert: 1. überhaupt der größeren Sicherheit wegen, angesichts der erheblichen Entwickelung der Kassensachen im Laufe der Jahre; 2. damit bei einem Wechsel im Vorstande besonders im Vorsitz und bei dem geschäftsleitenden und Kassenbeamten, bei jedweder Behinderung, Beurlaubung, Erkrankung, die Kassengeschäfte ohne Stockung nach den gegebenen Richtlinien glatt weitergehen können; 3. die Kassen- und Rechnungsrevisoren mit vom Vorstande einheitlich geordneten Verhältnissen zu tun haben und insbesondere 4. um den Anforderungen des RVA. in den §§ 14 bis 17 der erwähnten neuen Bestimmungen zu genügen, zumal beim Postscheckverkehr, der doch immer mehr eingeführt wird. Letzteres, um nicht allein den nationalen Gedanken des betreffenden Gesetzes, die möglichste Durchführung des modernen bargeldlosen Kassenverkehrs zu unterstützen, sondern auch um den ausschließlich über das Postscheckkonto zu leitenden Einnahmen, zumal aus Erstattungen von seiten der Krankenkassen auf Wartezeitkosten und der Zentralen auf Rentenvorlagen, die beide einer zuverlässigen d. h. sofort nachprüfbaren Unterlage sonst ermangeln, einen sicheren Rückhalt zu geben.

Der nachstehende Entwurf einer Kassenordnung — bei welchem das Reinkesche Handbuch einige Fingerzeige mit lieferte — dürfte den an eine geordnete Sektions-Kassenführung zu stellenden Anforderungen m. E. entsprechen.

Kassenordnung:

I. Allgemeine Bestimmungen.

1. Die Sektionskasse ist von dem Sektionsgeschäftsführer zu verwalten. Sie unterliegt der Aufsicht des Vorstandes.
2. Einnahmen und Ausgaben sind direkt ins Kassenbuch einzutragen.
3. Das Kassenbuch ist jährlich neu anzulegen. Seine Einrichtung ist die des anliegenden Musters Nr. 1 und entspricht der Tabelle 2 der Nachweisung über die gesamten Rechnungsergebnisse der Berufsgenossenschaften. Das Kassenbuch muß mit Seitenzahlen versehen, sauber und leserlich geführt sein. Rasuren dürfen nicht vorgenommen werden. Bei Irrungen ist das ursprünglich Geschriebene so zu durchstreichen, daß das Durchstrichene lesbar bleibt.
4. Der Geldbestand und die Belege des laufenden Jahres sind in dem Geldschranke, die Belege der früheren Jahre aktenmäßig aufzubewahren.
5. Die Belege sind mit der fortlaufenden Nummer des Kassenbuches zu versehen und in handlichen Bänden von je 2 Monaten oder weniger zu heften.
6. Die Doppelstücke der Geldschrankschlüssel sind in einem entsprechend bezeichneten mit dem Siegel der Sektion und der Aufschrift des Geschäfts- oder Kassenführers zu verschließenden Papierumschlage dem Vorsitzenden des Vorstandes zu übergeben.
7. Die Vernichtung der Kassenbücher und Belege richtet sich nach den vom Reichsversicherungsamt darüber erlassenen Vorschriften vom 22. Januar 1903 (Amtl. Nachr. 1903 Seite 193/195).
8. Für die Sektion ist ein Postscheckkonto errichtet, welches die Nr. . . . trägt.
9. Der Postscheckverkehr gehört zum Barverkehr. Es bildet daher das Guthaben bei dem Postscheckamt einen Teil des Kassenbestandes. Zum Nachweise seiner jeweiligen Höhe hat die Kasse nach dem beiligenden Muster 2 ein Gegenbuch zum Scheckkonto zu führen.
10. Ein Kassenbestand von mehr als 500 Mark ist nach Möglichkeit zu vermeiden.

II. Einnahmen.

11. Zu Einnahmen sind der Geschäftsführer und ein Obersekretär gemeinsam bezw. deren Stellvertreter zu ermächtigen.
12. Die Verwaltungskostenvorschüsse werden von dem Genossenschaftsvorstande zu Ende eines jeden Monats, unaufgefordert, in der Höhe des Monatsbedarfs des Voranschlages, der zu Anfang des Jahres dem Genossenschaftsvorstande mitzuteilen ist, dem Postscheckkonto überwiesen.

    Die Quittungen resp. das Bestätigungsschreiben über die Verwaltungskostenvorschüsse haben zwei Vorstandsmitglieder unter Gegenzeichnung des Geschäftsführers zu unterschreiben.
13. Sämtliche für die Sektion eingehenden Postanweisungen sind nicht bar in der Geschäftsstelle zu bestellen, sondern dem Postscheckkonto zu überweisen.
14. Die Erstattungen von den Krankenkassen auf Wartezeitkosten sind in dem Kassenbuch in den Spalten 4 bis 6 zu verbuchen und nach dem Umfange der Eingänge, spätestens aber monatlich, mit einer Aufstellung unter Beifügung der Postabschnitte an die Zentrale abzuführen.
15. Ueber die den eingehenden Briefen beiliegenden Postwertzeichen ist eine besondere Kontrolle zu führen. Die hiernach vereinnahmten Beträge sind vierteljährlich zugunsten des Portokontos in die Hauptkasse zu übernehmen.
16. Die von dem Genossenschaftsvorstande zur Erstattung durch die Post angewiesenen Rentenvorschüsse und Kosten des Heilverfahrens sind nicht bar bei der Post zu erheben, sondern auf das Postscheckkonto zu leiten.

Digitized by Google

Die „U"-Quittungen sind mit dem Zusatze „Durch Ueberweisung auf unser Postscheckkonto Nr. . . ." zu versehen (zu vergleichen auch Ziffer 24).

Irrläufer an Beiträgen werden an die Adresse der Zentrale verwiesen.

III. Ausgaben.

Zu Ausgaben ist der Geschäftsführer unter den nachstehenden Gesichtspunkten ermächtigt:

17. Die Ausgaben sind, soweit möglich, alle über Postscheckkonto zu leisten.
18. Die Postschecks sind von zwei Beamten gemeinsam (Geschäftsführer und einem Obersekretär bezw. deren Stellvertreter) zu vollziehen.
19. Die Ausgaben sind durch Rechnungen und Quittungen ordnungsmäßig zu belegen.
20. Alle Zahlungen im Rahmen des Haushaltplanes sind nur auf Grund einer Anweisung des Vorsitzenden oder dessen Stellvertreters zu leisten.

    Rechnungen des Vorsitzenden selbst sind vom stellvertretenden Vorsitzenden anzuweisen.
21. In eiligen Fällen und bei wiederkehrenden Ausgaben, deren Höhe feststeht (Gehälter, Miete, Fernsprechgebühren, Gasrechnungen, Versicherungsbeiträge, ferner bei Zahlung von Reisekosten an Verletzte oder kleinere Bureaubedürfnisrechnungen), kann die Zahlung vorher geleistet werden. Die Anweisung durch den Vorsitzenden ist dann tunlichst bald, längstens allmonatlich nachzuholen.
22. Postnachnahmen sind, sofern ihre Berechtigung nicht ersichtlich oder bekannt ist, nur nach erfolgter Genehmigung des Geschäftsführers anzunehmen bezw. einzulösen. Ihre Anweisung durch den Vorstandsvorsitzenden ist nachträglich einzuholen.
23. Vorlagen bei Entschädigungsleistungen an Verletzte (§ 15 Ziff. 1 der Bestimmungen des RVA.) sind nur nach Genehmigung durch den Sektionsgeschäftsführer zu leisten. Es ist Sache des Kassenführers, sich über die Persönlichkeit des Empfangsberechtigten Gewißheit zu verschaffen. Im Zweifelsfalle ist ein Ausweis zu verlangen. Schreibensunkundige haben durch Handzeichen zu quittieren, welche von einem Zeugen zu bescheinigen sind.

    Bei Rentenvorschußzahlungen durch die Post ist durch eine Doppelkarte Empfangsbestätigung von seiten des Verletzten einzuholen.
24. Rentenvorschüsse und Vorlagen an Kosten des Heilverfahrens sind bei Spruchreifstellung der Akten unter Abgabe der Postscheine resp. Quittungen bei der Zentrale zu liquidieren. Hinsichtlich ihrer Erstattung wird auf Ziff. 16 verwiesen.
25. Die Zahlung von Strafporto und Bestellgeld erfolgt durch die Portokasse. Die betreffenden Briefumschläge oder Paketadreßabschnitte sind am Monatsschlusse zusammenzustellen und dem Geschäftsführer mit den einzelnen Ausweisen behufs Nachprüfung und Bescheinigung der Richtigkeit des Gesamtbetrages, unter Benutzung des nebenstehenden Stempels,

    „Die Einzelbelege haben vorgelegen"

    vorzulegen. Die Anweisung durch den Vorstandsvorsitzenden ist nachzuholen. Die Briefumschläge und Paketadreßabschnitte sind gesondert aufzubewahren und nur die angewiesene Zusammenstellung zu den Kassenbelegen zu nehmen. (Zu vgl. auch Ziff. 49.)
26. Gehaltsvorschüsse dürfen nur in besonderen Fällen und nicht ohne vorherige schriftliche Anweisung des Vorsitzenden gezahlt werden. Bis zur Verrechnung oder Zurückzahlung des Vorschusses ist die Vorschußquittung in der Kasse zu belassen, in der sie bei Bestandsfeststellungen als bares Geld mitzählt.
27. Als Ausgabebelege dienen die eingesandten Rechnungen. Sofern sie nicht selbst als Belege verwandt werden können, ist eine vom Geschäftsführer beglaubigte Abschrift der Rechnung anzufertigen. Außerdem ist der über die Angemessenheit der Beträge etwa geführte Schriftwechsel anzuschließen.
28. Alle Ausgabebelege sind von dem Geschäftsführer vor der Anweisung auf ihre Richtigkeit hin, vermittels des nebenstehenden

    Rechnung geht in Ordnung:
    Zur Zahlung angewiesen:

    Stempels, zu bescheinigen. Mit dieser Bescheinigung übernimmt der Geschäftsführer die Verantwortung über die Richtigkeit, die vertragsmäßige Lieferung oder Leistung und die Angemessenheit der angesetzten Preise.

    Rechnungen über Reisekosten der Beamten sind auf dem Original der Terminseinladungen auszustellen, damit aus diesen Belegen der Tag der Reise und die dienstliche Verrichtung zu ersehen ist. Die Reisekostenrechnung muß ferner erkennen lassen, wie sich der berechnete Betrag auf Tagegelder und Reisekosten verteilt. Reisekostenrechnungen des Geschäftsführers sind von seinem Stellvertreter als richtig zu bescheinigen.
29. Der technische Aufsichtsbeamte hat seine monatlichen Reisekostenrechnungen nach dem anliegenden Muster Nr. 3 aufzustellen.
30. Dem technischen Aufsichtsbeamten sind Reisekostenvorschüsse aus der Hauptkasse gegen Quittung in der ungefähren Höhe des monatlichen Bedarfs zu gewähren, die bei der Reisekostenabrechnung zu verrechnen sind.
31. Die Ausgabebelege über angeschaffte Einrichtungsgegenstände müssen die Nummer enthalten, unter welcher dieselben in der darüber geführten Kontrolle gebucht sind (Zu vergl. auch Ziff. 39.)
32. Ueber die vorschußweise für die Zentrale verauslagten Beträge ist neben dem Kassenbuch eine Uebersicht laufend zu führen. Die erfolgte, in Kolonne 6 und 7 des Kassenbuches zu verbuchende Erstattung ist bei der Belegnummer als durchlaufende Zahlung (Kolonne 3 des Kassenbuchs) in rot (Bruchform) zu vermerken.

IV. Portokasse.

33. Die Portokasse erhält Vorschüsse in runder Summe nach Bedarf aus der Hauptkasse. Diese Vorschüsse sind in der Hauptkasse nicht auszubuchen. (Zu vergl. auch Ziff. 35.)
34. Die Portokasse ist in der Weise zu führen, daß der mit ihrer Verwaltung beauftragte Obersekretär den Bestand an Geld und Postwertzeichen verwaltet, während ein zweiter Beamter die Eintragungen im Portobuch einzeln vornimmt, und ein dritter Beamter, der an den Eintragungen selbst nicht beteiligt sein darf, das Aufkleben der Freimarken usw. besorgt.

Digitized by Google

35. Das Portobuch ist monatlich abzuschließen und sein Betrag mit dem Kassenführer zu verrechnen. Ein besonderer Kassenbeleg (mit Richtigkeitsbescheinigung durch den Geschäftsführer und Anweisungsvermerk durch den Vorstandsvorsitzenden) über den Gesamtbetrag ist zu den Kassenbelegen zu nehmen. Es ist also der wirklich verbrauchte Monatsbetrag in das Kassenbuch einzutragen. (Zu vergl. auch Ziff. 33.)
36. Der Obersekretär ist für ordnungsmäßige Führung des Portobuchs und sparsamste Verwendung der Marken verantwortlich. Er hat die bereits frankierten Postsendungen unvermutet stichprobenweise auf die richtige Verwendung der Marken hin zu prüfen und Vermerke darüber im Portobuche zu machen.
37. Aus der Portokasse sind auch die Invalidenmarken für die der Versicherungspflicht unterliegenden Beamten zu bestreiten. Ueber die verwendeten Beiträge ist am Monatsschluß eine Aufstellung zu machen, worauf der berechnete Betrag aus der Hauptkasse der Portokasse erstattet wird.
38. Kleinere Ausgaben, über welche ein Beleg nicht beschafft werden kann, oder bei denen die Beschaffung eines solchen nicht üblich ist, sind vorläufig aus der Portokasse zu bezahlen. Es ist darüber ein Kontobuch zu führen, das am Schlusse jeden Monats abgeschlossen wird. Die Zusammenstellung ist von dem Geschäftsführer als richtig zu bescheinigen und durch den Vorstandsvorsitzenden nachträglich anzuweisen und in dem Kassenbuche zu verbuchen.

V. Kontrolle der Einrichtungsgegenstände.

39. Ueber die Einrichtungsgegenstände ist ein besonderer Nachweis zu führen, und zwar getrennt:
    a) Möbel, Haus- und Schreibgeräte,
    b) Bücher.
    Die angeschafften Gegenstände sind auf Grund der Rechnungen in das Verzeichnis einzutragen. Die Nummer, unter der die Eintragung erfolgt ist, ist auf der Rechnung zu vermerken (zu vgl. auch Ziff. 31).
40. Die nur für einen beschränkten Zeitraum Gültigkeit habenden Bücher (z. B. Adreßbücher, Kalender, Kursbücher) sind nicht einzutragen.
41. Inabgangstellungen von Einrichtungsgegenständen dürfen nur auf Grund schriftlicher Verfügungen des Geschäftsführers erfolgen.

VI. Abschlüsse und Prüfungen.

42. Am Schluß jedes ¼ Jahres sind die Kassenbuchungen mit den Belegen von einem an der Kassenführung nicht beteiligten, vom Geschäftsführer zu bestimmenden Obersekretär zu vergleichen.
43. Es ist darauf zu achten, daß alle Vorlagen und Zahlungen für die Zentrale beim Jahres-Rechnungsabschluß ausgeglichen sind, und daß alle Rechnungen des verflossenen Jahres möglichst noch in die alte Rechnung genommen werden.
    Der verbleibende Bestand ist auf neue Rechnung vorzutragen.
44. Der Jahresabschluß ist dem Genossenschaftsvorstande bis zum 1. Februar mitzuteilen. Derselbe ist von dem Vorstandsvorsitzenden oder dessen Stellvertreter und dem Sektionsgeschäftsführer zu unterzeichnen. Eine Abschrift ist zu den Kassenakten zu nehmen.

VII. Kassenrevisionen.

45. Unvermutete Kassenrevisionen sind von einem der Vorstandsmitglieder von Zeit zu Zeit (etwa 3 bis 4 mal jährlich) vorzunehmen und bezügliche Vermerke im Kassenbuche zu machen.
46. Die gesamte Kassen-, Buch- und Rechnungsführung ist 2 mal jährlich durch den Rechnungsrevisor der Zentral-Revisionsstelle des Verbandes der Deutschen Berufsgenossenschaften zu kontrollieren, der den Jahresabschluß zu bescheinigen hat.
47. Das abgeschlossene Kassenbuch gilt zugleich als Jahresrechnung, die mit den Belegen der Rechnungsprüfungskommission vorzulegen ist.
48. Ueber die Prüfung durch die letztere ist eine Niederschrift zu den Kassenakten zu nehmen.
49. Nach Abnahme der betreffenden Jahresrechnung durch die Sektionsversammlung sind die bei Ziffer 25 erwähnten Briefumschläge usw. zu vernichten.
50. Die Belege sind nach der Prüfung der Jahresrechnung von der Prüfungskommission mittels eines Entwertungsstempels (wie nachstehend)

Geprüft und entwertet.

ungültig zu machen, um ihre nochmalige Benutzung zu verhindern. Dabei ist darauf zu achten, daß die als Quittung dienenden Posteinlieferungsscheine und Lastschriftzettel, als wesentliche Bestandteile der Belege, von dem Entwertungsstempel mitgetroffen werden.

VIII. Sicherheitsmaßregeln.

51. Bei der Eröffnung von Wertbriefen ist ein 2. Beamter als Zeuge zuzuziehen.
52. Für alle Sendungen, über welche 2 Beamte zu quittieren haben, ist ein besonderes Kontrollbuch zu führen.
53. Der Geldschrankinhalt an Bar ist gegen Einbruchsdiebstahl, die Mobiliengegenstände sind gegen Feuergefahr zu versichern.
54. Alle Formulare im Scheckverkehr sind, um ihre mißbräuchliche Benutzung zu verhüten, sorgfältig aufzubewahren.

IX. Kassenübergabe an einen andern Beamten.

55. In Behinderungsfällen erfolgt die Vertretung des Kassenführers durch einen Obersekretär nach Anordnung des Geschäftsführers, die sofort dem Vorstandsvorsitzenden mitzuteilen ist.
56. Bei Uebergabe der Kasse an den Vertreter ist in dem Kassenbuch ein Uebergabe- bzw. Rückgabevermerk zu machen.

X. Kassenakten.

57. Für die allgemeine Korrespondenz in Kassensachen ist ein besonderes Aktenstück (sog. Spezialakten) anzulegen.

Die vielen Einzelheiten betreffend, so sagt Reinke einleitend zu seinem erwähnten Handbuche:

„Dem Vorwurf bureaukratischer Regelung möchte Verfasser von vornherein mit dem Hinweise begegnen, daß die Verwaltung

Digitized by Google

fremder Gelder nicht anders als bureaukratisch geregelt werden kann. Wenn diese und jene Vorschrift kleinlich erscheint, der möge bedenken, daß man bei der Verwaltung kaum genau genug sein kann, und daß es dabei Kleinigkeiten gar nicht gibt."

Eine so zugeschnittene Kassenordnung wird selbstredend nicht für alle Verwaltungen ohne weiteres einzurichten sein; ich weiß wohl, wie gerade das Kassenwesen bei den einzelnen Sektionen eben zu verschieden gehandhabt wird. Sie soll — da auf diesem Gebiete meines Wissens bisher, außer Reinke, überhaupt noch nichts veröffentlicht worden ist — nur zeigen, wie dergleichen Angelegenheiten im Sinne des eingangs Gesagten allgemein aber besprochen werden können.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Dentist oder Zahntechniker?

Erlaß der preuß. Minister für Handel u. des Innern vom 11. Mai 1914 (HMBl. S. 248).

Wenngleich die Bezeichnung „Dentist", sofern nicht besondere Umstände vorliegen, an sich nicht unzulässig sein mag, so ist doch, wie wir hiermit bestimmen, im amtlichen Verkehr entsprechend dem Wortlaute der Reichsversicherungsordnung allein die Bezeichnung „Zahntechniker" anzuwenden.

Versicherungspflicht der Familienangehörigen.

Erlaß der preuß. Minister für Handel u. des Innern vom 9. Mai 1914 (HMBl. S. 248).

Die grundsätzlichen Entscheidungen über die Krankenversicherungspflicht der Familienangehörigen fallen nach §§ 1799, 1693 RVO. dem Reichsversicherungsamte zu. Dieses hat sich unter Nr. 23c der Anleitung vom 26. April 1912 und in den dort angeführten Entscheidungen ausführlich darüber ausgesprochen, unter welchen Voraussetzungen von den Eltern Beschäftigte versicherungspflichtig sind. Wenn Kassen unterschiedslos die im elterlichen Betriebe tätigen erwachsenen Hauskinder für versicherungspflichtig erachten, ist es geboten, ihnen die Stellungnahme des Reichsversicherungsamts vorzuhalten. Ein solcher Hinweis wird um so wirksamer sein, wenn den Beschwerden über die mißbräuchliche Heranziehung in dem Verfahren nach § 405 RVO. mit tunlicher Beschleunigung stattgegeben wird. Dies dürfte auch am ehesten zur Beruhigung der beteiligten Bevölkerungskreise beitragen.

Ein weiteres Entgegenkommen gegenüber den Wünschen der Beschwerdeführer ist nicht statthaft, da es sich um zwingende gesetzliche Vorschriften handelt.

Anmerkung der Schriftleitung: Wir verweisen hinsichtlich der Hauskinder auf unsere Auskunft in Heft 16 S. 391 Ziff. 6.

Ablieferung von Beitragsteilen der Arbeitgeber an Ersatzkassen.

Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 14. Mai 1914 (ZentrBl. f. d. Deutsche Reich Nr. 24 S. 290)

Auf Grund des § 518 Abs. 2 RVO. hat der Bundesrat bestimmt:

1. Die Krankenkassen haben an die Ersatzkasse, auf deren Antrag der Bundesrat eine Anordnung nach § 518 Abs. 1 der RVO. getroffen hat, die bei ihnen für die Mitglieder der Ersatzkasse nach § 517 Abs. 2 eingehenden Beitragsteile der Arbeitgeber zu vier Fünfteln bis zum Ende des auf ein Kalenderjahr folgenden Monats abzuführen. Dabei haben sie ein Verzeichnis ihrer Mitglieder, die zugleich Mitglieder der Ersatzkasse sind und deren Rechte und Pflichten als Mitglieder der Krankenkasse ruhen, unter Angabe der für diese Mitglieder gezahlten Arbeitgeberbeiträge sowie des Zeitraums, für den diese Beiträge gezahlt sind, beizufügen.

Erreicht der an die Ersatzkasse abzuführende Gesamtbetrag nicht 10 Mk., so ist er nach Ablauf des folgenden Kalendervierteljahres zu zahlen.

2. Die beteiligten Kassen können über die Art und Weise der Abführung anderes vereinbaren.

3. Anordnungen des Bundesrats nach § 518 Abs. 1 der RVO. werden im Zentralblatt für das Deutsche Reich veröffentlicht.

Untätiges Verhalten der Kasse als Genehmigung der Krankenhauseinweisung durch den Arzt.

Urteil des sächs. Oberverwaltungsgerichts vom 11. April 1913.

Das Oberverwaltungsgericht hält für erwiesen, daß die Ueberführung der Ziegeleiarbeiterin F. in die sog. Krankenstation zu W. am 23. Juni 1911 abends erfolgt ist, auch erscheint es nach den gutachtlichen Auslassungen des Dr. K. unbedenklich, die Krankenstation als „Krankenhaus" im Sinne von § 7 KVG. anzusehen, da dort genügende Einrichtungen zur Unterbringung und Pflege von Kranken vorhanden sind. (Reger, Bd. 24 S. 322). Ebenso ist es unzweifelhaft, daß in Anbetracht der schweren Erkrankung der F. und der ihr andernfalls unmittelbar drohenden Lebensgefahr ihre so-

Digitized by Google

fortige Unterbringung im nächstgelegenen Krankenhause unbedingt notwendig war, daß also ein dringender Fall im Sinne von § 23 Abs. 1 Satz 3 des Kassenstatuts vorlag. Auch hat Dr. K. unverzüglich dafür Sorge getragen, daß der Kassenvorstand unter Angabe der Gründe von der getroffenen Anordnung Kenntnis erhielt. Die Nachricht ist der Kassenverwaltung, wie die Beklagte selbst zugibt, noch am selben Abend zugegangen. Hiernach war alles geschehen, was nach Lage der Sache erfolgen konnte, um den Kassenvorstand in den Stand zu setzen, alsbald nach § 14 Abs. 1 des Statuts wegen Genehmigung oder Beanstandung der Unterbringung der F. im Krankenhause Beschluß zu fassen. Gleichwohl ist in dieser Richtung vom Kassenvorstande zunächst nichts unternommen worden, vielmehr hat er der Amtshauptmannschaft M. auf eine an diese gerichtete Beschwerde der bisherigen Arbeitgeberin der F. am 8. Juli 1911 nur mitgeteilt, daß er am 27. Juni beschlossen habe, der F. zwar die im § 13 des Kassenstatuts festgesetzte Unterstützung in vollem Umfange zu gewähren, die Tragung der Kosten ihrer Unterbringung im Krankenhause aber abzulehnen. Von dieser Stellungnahme des Kassenvorstandes hat jedoch die Stadtgemeinde W., auf deren Kosten die F. im Krankenhause vorläufig verpflegt wurde, erst durch Schreiben der Kasse vom 31. Juli 1911 und der Ortsarmenverband Sch., in dessen Bezirk die F. hilfsbedürftig geworden war, sogar erst am 19. August 1911 Kenntnis erhalten.

Hiernach steht fest, daß der Kassenvorstand keine geeigneten Schritte getan hat, um die Stadtgemeinde W. oder den Ortsarmenverband Sch. rechtzeitig und solange die F. überhaupt noch im Krankenhaus untergebracht war, von seinem Beschlusse vom 27. Juni in Kenntnis zu setzen. Da dies nicht geschehen ist und der Kassenvorstand der Verpflegung der F. im Stadtkrankenhause nach Empfang der Nachricht von ihrer Unterbringung daselbst nicht alsbald widersprochen, vielmehr seinen erst mehrere Tage danach gefaßten Beschluß als eine völlig innere Angelegenheit der Kassenverwaltung behandelt hat, muß davon ausgegangen werden, daß er die Anordnung seines Kassenarztes guthieß. Wollte die Kasse die Unterbringung der F. im Krankenhaus nicht genehmigen, so war sie unter den vorliegenden Verhältnissen nach den Grundsätzen von Treu und Glauben verpflichtet, sowohl der Krankenhausverwaltung, als auch ihrem Arzte unverzüglich zu erklären, daß sie mit der von ihm getroffenen Anordnung nicht einverstanden sei. Die Verpflichtung hierzu bestand für sie um so mehr, als sie nach dem Zeugnis Dr. K.s bisher nie etwas dagegen eingewendet hat, wenn auf dessen Anordnung Kranke in Krankenhäusern untergebracht worden sind.

Gemeinden, als Träger der Polizeilasten, haben keinen Ersatzanspruch gegen Krankenkassen nach § 57 KVG. (§§ 1527, 1531 RVO.).

Urteil des **preuß. Oberverwaltungsgerichts** vom 22. Dezember 1913.

Die Klägerin (eine Stadtgemeinde) hat das Dienstmädchen A. R. in ihrem Krankenhause auf Veranlassung des Königlichen Polizeipräsidenten verpflegen lassen, und zwar auf Grund des § 14 des Reichsgesetzes vom 30. Juni 1900, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, und des § 8 Nr .9 des preußischen Gesetzes vom 28. August 1905, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Die Kosten dieser Verpflegung fallen, soweit die Verpflegte oder die zu ihrem Unterhalte Verpflichteten nicht imstande sind sie zu tragen, der Gemeinde zur Last und zwar in ihrer Eigenschaft als Trägerin aller innerhalb ihres Bezirkes hervortretenden Polizeilasten, nicht in ihrer Eigenschaft als Trägerin der Armenlast. Es genügt in dieser Beziehung hinzuweisen auf das in Sachen des Ortsarmenverbandes Posen wider die Betriebskrankenkasse für den Eisenbahndirektionsbezirk Bromberg unter dem 23. September 1907 ergangene Urteil (abgedruckt in der Arbeiter-Versorgung, Jahrg. 25, S. 166 und Entscheidungen des Oberverwaltungsgerichts Bd. 51, S. 334). Nach § 57 des Krankenversicherungsgesetzes steht der Gemeinde gegen die Krankenkasse ein Erstattungsanspruch nur für den Fall zur Seite, daß sie als Trägerin der Armenlast der erkrankten krankenversicherungspflichtigen Person Hilfe hat angedeihen lassen. Das traf im vorliegenden Falle in keiner Weise zu. Die Klägerin selbst hat ausdrücklich erklärt, daß sie nicht als Ortsarmenverband, daß sie vielmehr als Trägerin der Polizeiverwaltungslast ihren Anspruch verfolge. Die Auffassung der Klägerin, daß auch in Fällen der vorliegenden Art der Gemeinde durch den § 57 a. a. O. ein Anspruch gegen die Krankenkasse eingeräumt sei, weil die Bestimmung bezwecke, eine Entlastung der Krankenkasse zum Schaden der Gemeinden zu verhindern, ist irrig. Der § 57 bezieht sich allein auf das Verhältnis der Armenverbände zu den Krankenkassen, wie die angefochtene Entscheidung des Bezirksausschusses ohne Rechtsirrtum dargelegt hat.

Armenrechtliche Hilfsbedürftigkeit (§ 57 KVG., §§ 1527, 1531 RVO.), insbesondere trotz Bezugs einer Invalidenrente.

Urteil des **preuß. Oberverwaltungsgerichts, 3. Senats,** v. 8. Januar 1914.

Der Korbmacher H., der vom 4. Oktober 1911 bis 10. April 1912 Mitglied der Ortskrankenkasse X. geworden war, mußte von dieser in der Zeit vom 10. April bis 3. Juni 1912 wegen eines Magen- und Nervenleidens in dem städtischen Krankenhause zu B. verpflegt werden. Er verließ das Krankenhaus am 3. Juni 1912 noch ungeheilt, begab sich, ohne eine Beschäftigung wieder aufgenommen zu haben, auf Wanderschaft und wurde am 7. Juni 1912 von dem Gesamtarmenverbande R. als hilfsbedürftig in die Armenanstalt zu Sande in Holstein aufgenommen und bis zum 1. August 1912 verpflegt. Die entstandenen Kosten hat der Landarmenverband der Provinz Schleswig-Holstein dem Gesamtarmenverband in Höhe von 60,50 M. erstattet. Er fordert Ersatz dieses Betrages von der Ortskrankenkasse gemäß

Digitized by Google

§ 57 KVG. Der Bezirksausschuß hat die Klage abgewiesen. Die von dem Kläger hiergegen eingelegte Revision ist für begründet erachtet worden.

Der Vorderrichter geht zunächst davon aus, daß die Beklagte dem klägerischen Anspruche gegenüber sich nicht darauf berufen könne, daß H. auf seinen Wunsch aus dem Krankenhause entlassen ist, sich also der von der Krankenkasse angeordneten Krankenhauspflege entzogen hat. Dies steht mit der Rechtsprechung des Oberverwaltungsgerichts im Einklange (vgl. Entsch. v. 12. März 1888, B. 16 S. 378, und vom 16. März 1901, 16. Nov. 1903, 24. Oktober 1903 — Arbeiter-Versorgung Jahrg. 18 S. 390, Jahrg. 21 S. 108, Jahrg. 25 S. 75 —, vgl. auch Entscheidung vom 21. September 1911 — III C. 35. 11).

Im übrigen sind aber die Ausführungen des Vorderrichters nicht frei von Rechtsirrtum. Hilfsbedürftigkeit im armenrechtlichen Sinne lag dann vor, wenn H., was von keiner Seite bestritten ist, wegen seines Leidens der Anstaltspflege bedurfte, und wenn es ihm an der Möglichkeit, insbesondere auch an den erforderlichen bereiten Geldmitteln fehlte, sich diese Pflege selbst zu beschaffen (vgl. Entsch. des Oberverwaltungsgerichts v. 24. Oktober 1907 — III. C. 96. 07 —, Preuß. Verwaltungsbl. Jahrg. 30 S. 174). Das Vorhandensein bereiter Mittel ergibt sich aber nicht ohne weiteres daraus, daß H., wie dem Armenverbande R. bekannt war, einen Anspruch auf eine monatliche Invalidenrente von 15,40 M. hatte und daß er auch noch für längere Zeit die Unterstützung durch die Beklagte in Anspruch nehmen konnte. H. hatte seine Invalidenrente für den Juni 1912 bereits vor der Aufnahme in das Armenhaus abgehoben; im übrigen reichten seine Renten auch nicht aus, um die durch seine Verpflegung entstehenden Kosten zu decken. Die dem H. zustehenden Unterstützungsansprüche gegen die beklagte Kasse würden seine Hilfsbedürftigkeit nur dann ausgeschlossen haben, wenn die Kasse bereit war, die Krankenhauspflege weiter zu übernehmen, und wenn die sofortige Ueberführung des H. in das Krankenhaus der Kasse tunlich war. Beides konnte der Armenverband nicht ohne weiteres annehmen. Es wird hierbei zu berücksichtigen sein, daß von dem Orte, an dem die Hilfsbedürftigkeit des H. hervortrat (R.), der Sitz des Krankenhauses der beklagten Kasse (B.) nur durch eine immerhin nicht ganz unbedeutende Reise zu erreichen war, und daß auch nicht feststand, ob die Beklagte bereit war, den H. sofort wieder aufzunehmen. Umständliche Ermittlungen darüber anzustellen, ob etwa für H. anderweit gesorgt werden könnte, war der Armenverband nicht verpflichtet (vgl. die oben zitierte Entsch. vom 24. Oktober 1907). Hiernach muß die Vorentscheidung aufgehoben werden.

B. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Die Auferlegung des Ein- bis Zweifachen der Rückstände gemäß § 1488 Abs. 1 RVO. ist eine Nebenstrafe, die nur gleichzeitig mit der Hauptstrafe festgesetzt und nur durch Beschwerde nach § 1500 angefochten werden kann.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** v. 15. November 1913.

Durch Strafverfügung vom 19. Juli 1912 hat der Vorstand der Landesversicherungsanstalt H. gegen die Privatiere Berta verwitwete H. in F. nach § 1488 RVO. eine Geldstrafe von 150 M. festgesetzt, weil sie es versäumt hatte, für die von ihr versicherungspflichtig beschäftigte Stütze Emma B. für die Zeit vom 1. Januar 1891 bis zum 1. Mai 1912 die gesetzlichen Beitragsmarken zu verwenden. In der Strafverfügung findet sich folgender Satz: „Von unserer Befugnis, unabhängig von der erkannten Strafe und der geschehenen Nachholung der Beitragsrückstände, Ihnen die Zahlung des Ein- bis Zweifachen der festgestellten Beitragsreste aufzuerlegen, wollen wir für diesmal keinen Gebrauch machen." Gleichwohl hat der Anstaltsvorstand, nachdem das Königliche Oberversicherungsamt (Beschlußkammer) zu W. auf erhobene Beschwerde die Strafe auf 50 M. herabgesetzt hatte, der Bestraften mit Verfügung vom 24. November 1912 noch die Zahlung des Einfachen der Beitragsrückstände auferlegt und diesen Betrag auf 245,80 M. festgesetzt. Auf die Einwendung der verwitweten H., daß die Strafverfügung vom 19. Juli 1912 doch bereits die ausdrückliche Erklärung enthalte, es solle von der Befugnis, das Ein- bis Zweifache der Rückstände aufzuerlegen, kein Gebrauch gemacht werden, hat der Anstaltsvorstand erwidert, er könne sich an diese Erklärung nicht mehr gebunden halten, nachdem eine Herabsetzung der Geldstrafe erreicht und dadurch die Sachlage vollständig verändert sei. Auf das von Frau H. nunmehr rechtzeitig eingelegte Rechtsmittel der Beschwerde hat der Vorsitzende des Oberversicherungsamts die Sache zunächst an das Reichsversicherungsamt abgegeben, da es sich hier nicht um eine nach § 1500 RVO. zu behandelnde Beschwerde gegen eine Strafverfügung, sondern um eine allgemeine Verwaltungsbeschwerde handle. Das Reichsversicherungsamt hat aber unter Hinweis auf den Bescheid 1618 (Amtl. Nachr. 1912 S. 874) dem Oberversicherungsamte die Sache zur Entscheidung nach § 1500 RVO. zurückgegeben. Darauf hat sich das Oberversicherungsamt in der Sitzung seiner Beschlußkammer vom 4. Juni 1913 mit der Sache befaßt, hat sie aber nach §§ 1799, 1693 a. a. O. zur grundsätzlichen Entscheidung an das Reichsversicherungsamt abgegeben, da es sich um die Frage handle, ob

Digitized by Google

die nach § 1488 Abs. 1 Satz 2 a. a. O. zulässige Auferlegung des Ein- bis Zweifachen der Beitragsrückstände noch nach rechtskräftiger Festsetzung der im § 1488 Abs. 1 Satz 1 a. a. O. vorgesehenen Geldstrafe erfolgen könne. Das Oberversicherungsamt möchte diese Frage verneinen und hat seine Ansicht in der Hauptsache, wie folgt, begründet. Nach dem Bescheide 1618 handle es sich hier um eine besonders geartete Nebenstrafe. In der Natur der Nebenstrafe liege es aber, daß sie zugleich mit der Hauptstrafe festgesetzt und nur mit demselben Rechtsmittel angefochten werde. Andernfalls wäre den Versicherungsträgern bei einer Herabsetzung der Hauptstrafe durch die Beschwerdeinstanz eine Handhabe gegeben, sich nachträglich durch Auferlegung des Ein- bis Zweifachen der Rückstände schadlos zu halten. Hierin wäre aber eine unzulässige Einwirkung auf die Entschließungen der Oberversicherungsämter zu erblicken. Demgegenüber hat der Anstaltsvorstand darauf hingewiesen, daß nach dem Wortlaut des Gesetzes nur dem „Bestraften" die Zahlung des Ein- bis Zweifachen auferlegt werden könne. Da nur der „bestraft" sei, der rechtskräftig verurteilt sei, dürfe auf die Zahlung des Ein- bis Zweifachen überhaupt erst dann erkannt werden, wenn die Geldstrafe rechtskräftig geworden sei. Dann sei die Sachlage auch erst hinreichend geklärt, um einwandfrei feststellen zu können, ob einer der schwereren Fälle vorliege, die allein eine Verschärfung der Strafe durch Auferlegung der Buße gerechtfertigt erscheinen ließen.

Das Reichsversicherungsamt hat der Beschwerde stattgegeben.

Zunächst war zu prüfen, ob die Abgabe an das Reichsversicherungsamt gerechtfertigt ist. Nach § 1488 Abs. 1 RVO. kann der Vorstand unabhängig von der Strafe, die er einem Arbeitgeber wegen nicht rechtzeitiger Verwendung der richtigen Marken oder Abführung der Beiträge für seine versicherungspflichtig Beschäftigten erteilt, und unabhängig von der Nachholung der Rückstände „dem Bestraften die Zahlung des Ein- bis Zweifachen dieser Rückstände auferlegen". Nach Satz 3 des Abs. 1 wird der Betrag wie Gemeindeabgaben beigetrieben. Ueber die rechtliche Natur der Auferlegung des Ein- bis Zweifachen der Rückstände hat sich das Reichsversicherungsamt bereits wiederholt, aber noch nicht grundsätzlich, geäußert. In verschiedenen Erlassen (zu vgl. insbesondere der schon erwähnte Bescheid 1618, Amtl. Nachr. 1912 S. 874) hat es ausgeführt, daß es sich hier nicht um eine bloße Beitragsnachholung, sondern um eine besonders geartete Nebenstrafe handle, wobei hauptsächlich auf die Ueberschrift „Strafvorschriften" über dem Kap. III im 8. Abschn. des 4. Buches RVO. hingewiesen wurde. Inzwischen ist diese auch im Komm. zur RVO. von Hanow-Lehmann, Anm. 13 zu § 1488, vertretene Ansicht in der Literatur nicht unwidersprochen geblieben (zu vgl. Düttmann, Komm. z. RVO., Anm. 12 zu § 1488; Arb.-Vers., XXX. Jahrg. Nr. 8 S. 172). Der Beschlußsenat fand aber nach nochmaliger Prüfung keinen Anlaß, von dem im Bescheide 1618 dargelegten Standpunkt abzugehen. Die Vorschrift in § 1488 Abs. 1 Satz 2 a. a. O. ist neu. In der Begründung zum Entwurfe der Reichsversicherungsordnung S. 435 wird hierzu ausgeführt: „Der Vollzug des Invalidenversicherungsgesetzes leidet trotz der bestehenden Ueberwachung häufig noch unter der Lässigkeit der Arbeitgeber in der Beitragsentrichtung. Namentlich bleiben Beiträge aus bei unständigen Arbeitern. Es erscheint daher geboten, die Strafvorschriften zu verschärfen und nach dem Vorbild der Steuerstrafen dafür zu sorgen, daß die Versicherungsanstalten für die entgangenen Beiträge und Zinsen tunlichst entschädigt werden." In erster Linie beabsichtigte also der Gesetzgeber eine Verschärfung der Strafvorschriften. Damit ist der Strafzweck in den Vordergrund gerückt, und das Wesen der Auferlegung des Ein- bis Zweifachen der Rückstände als einer Zusatzstrafe, einer die Geldstrafe verschärfenden Nebenstrafe bestimmt, durch die lässige Arbeitgeber zur Erfüllung ihrer Pflichten besonders angehalten werden sollen. An der Strafnatur der neuen Vorschrift ändert der Umstand nichts, daß durch sie nebenher noch den Versicherungsanstalten die Möglichkeit erwächst, sich für entgangene Beiträge und Zinsen zu entschädigen. Eine gesetzliche Vorschrift kann sehr wohl bestimmt sein, mehreren Zwecken zugleich zu dienen. Für ihre Behandlung in der Systematik ist dann aber maßgebend der Hauptzweck, dem sie dient. Dies ist vorliegend die Strafe. Es ist zum Beweise des Gegenteils darauf hingewiesen worden, daß § 1488 Abs. 1 Satz 3, wonach der Betrag wie Gemeindeabgaben beigetrieben wird, überflüssig wäre, wenn es sich hier tatsächlich um eine Strafe handelte. Denn die entsprechende Vorschrift für die Strafen enthalte schon § 146 Abs. 2 a. a. O. Dies trifft nicht zu. Die Auferlegung des Ein- bis Zweifachen der Rückstände ist nicht eine Geldstrafe im engeren Sinne, sondern eine besonders geartete Nebenstrafe, worauf noch später näher einzugehen sein wird. Schon deshalb war es nicht überflüssig, ausdrücklich zu bestimmen, in welcher Weise die Beitreibung erfolgen soll. Dadurch, daß der Gesetzgeber sie hinsichtlich der Beitreibung den Strafen gleichstellt, hat er erneut zum Ausdruck gebracht, daß er sie vorzugsweise als eine Strafe behandelt wissen will. Stellt sich hiernach die Verfügung vom 24. November 1912 als eine Strafverfügung dar, so konnte ihre Anfechtung nur im Wege der Beschwerde nach § 1500 RVO. erfolgen. Da in den Fällen des § 1500 a. a. O. die Oberversicherungsämter endgültig entscheiden, und da es sich hier um eine noch nicht festgestellte Auslegung einer gesetzlichen Vorschrift von grundsätzlicher Bedeutung handelt, liegt die Voraussetzung des § 1799 a. a. O. vor. Die Abgabe der Sache an das Reichsversicherungsamt ist deshalb mit Recht erfolgt.

Digitized by Google

In der Sache selbst konnte der Senat der engen Auslegung, die der Anstaltsvorstand den Worten „dem Bestraften" im § 1488 a. a. O. geben will, nicht beipflichten. Das Gesetz bietet keinen Anhalt dafür, daß als „Bestrafter" nur der rechtskräftig Verurteilte anzusehen sei. Der Gesetzgeber hat hier offenbar nur für den vorher erwähnten Arbeitgeber eine kurze Bezeichnung einführen wollen. Dazu erschien ihm der Ausdruck „der Bestrafte" geeignet, weil ja der Arbeitgeber in der Regel zunächst mit der Hauptstrafe belegt wird. Jedenfalls wird von einem „Bestraften" schon dann gesprochen werden können, wenn in der gleichen Strafverfügung im ersten Teile die Geldstrafe, im zweiten die Nebenstrafe auferlegt ist. Die Worte „unabhängig von der Strafe" geben der Auferlegung des Ein- bis Zweifachen der Rückstände eine gewisse Selbständigkeit und machen sie zu einer Nebenstrafe besonderer Art, die nicht notwendig in allen Fällen das Schicksal der Hauptstrafe teilt. Wo hier die Grenze zu ziehen ist, und ob diese Nebenstrafe auch dann auferlegt werden darf, wenn auf die Hauptstrafe nicht oder nicht mehr erkannt werden kann, oder wenn der Anstaltsvorstand von seiner Strafbefugnis hinsichtlich der Hauptstrafe keinen Gebrauch machen will, ob und inwieweit einer so weiten Auslegung des Wortes „unabhängig" die Worte „dem Bestraften" entgegenstehen, braucht hier nicht erörtert zu werden. Denn im vorliegenden Falle ist eine Hauptstrafe festgesetzt worden. Jedenfalls muß daran festgehalten werden, daß wenn, wie hier, eine Hauptstrafe vorliegt, die Zahlung des Ein- bis Zweifachen der Rückstände nur gleichzeitig auferlegt werden kann. Dies folgt aus dem Wesen der Nebenstrafe. Genießt die Nebenstrafe des § 1488 auch, wie vorher ausgeführt, eine gewisse Selbständigkeit, so kann dies doch nicht dazu führen, daß sie noch nach rechtskräftiger Festsetzung der Hauptstrafe auferlegt werden darf. Sie würde dann nicht mehr eine Nebenstrafe, sondern eine zweite Hauptstrafe sein. Auch führte ein solches Verfahren, wie vorliegend, zu dem unerwünschten Ergebnisse, daß die Grundlage, auf der die instanzlichen Entscheidungen über die Hauptstrafe ergangen sind, nachträglich durch Auferlegung einer hohen Nebenstrafe bedenklich verschoben würde. Der Einwand des Anstaltsvorstandes, es lasse sich erst nach völliger Klärung des Sachverhalts und somit erst nach rechtskräftiger Zuerkennung der Hauptstrafe übersehen, ob ein besonderer Fall vorliege, der die Auferlegung der Nebenstrafe rechtfertige, ist nicht durchschlagend. Es wird gegebenenfalls Sache der Beschwerdeinstanz sein, etwaige Härten, die sich bei nachträglicher Prüfung herausstellen sollten, zu beseitigen.

Der Anstaltsvorstand scheint zunächst auch selbst davon ausgegangen zu sein, daß er sich darüber, ob er die Nebenstrafe verhängen will, schon bei Festsetzung der Hauptstrafe schlüssig zu machen hat. Hierauf deutet die in der Strafverfügung vom 19. Juli 1912 enthaltene Erklärung, daß von jener Befugnis kein Gebrauch gemacht werden solle. Ob allein schon diese Erklärung der späteren Auferlegung der Nebenstrafe hindernd entgegenstehen würde, kann nach dem bisher Dargelegten unerörtert bleiben. Die Verfügung vom 24. November 1912 war hiernach nicht aufrecht zu erhalten.

Zuwiderhandlungen gegen § 1488 der Reichsversicherungsordnung verjähren in drei Monaten und nicht in einem Jahre.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** am 24. Januar 1914.

Die Entscheidung der Sache hängt davon ab, ob die Strafverfolgung aus § 1488 RVO. nach § 147 a. a. O. in drei Monaten oder in einem Jahre verjährt. Der Vorstand nimmt letzteres an, da die Zuwiderhandlung gegen § 1488 nicht nur mit einer Geldstrafe bis zum Höchstbetrage von 300 M., sondern auch mit der Auferlegung des Ein- oder Zweifachen der Rückstände bedroht ist.

Dieser Ansicht kann nicht beigepflichtet werden. § 147 Satz 1 RVO. schreibt vor: Zuwiderhandlungen gegen die Strafvorschriften dieses Gesetzes, für welche die Gerichte nicht zuständig sind, verjähren, falls sie nicht mit mehr als 300 M. bedroht sind, in drei Monaten, im übrigen in einem Jahre. § 1488 a. a. O. bedroht die Zuwiderhandlung mit einer Geldstrafe bis zum Höchstbetrage von 300 M. Diese Strafe ist die ordentliche Hauptstrafe. Dagegen ist die daneben angedrohte Auferlegung des Ein- oder Zweifachen der Rückstände eine besonders geartete Nebenstrafe (zu vgl. Entsch. 1811 und der dort erwähnte Bescheid 1618, Amtl. Nachr. 1912 S. 874). Nach allgemeinen strafrechtlichen Grundsätzen ist aber für die Verjährung der Höchstbetrag der im Gesetz angedrohten ordentlichen Strafe maßgebend (Olshausen, Komm. z. RStrG. Anm. 2 zu § 67). Damit hat die Nebenstrafe hinsichtlich der Verjährung für die Beurteilung der Frage, mit welcher Strafe die Zuwiderhandlung bedroht ist, auszuscheiden. In den Fällen des § 1488 kommt also nur die dreimonatige Verjährung in Frage. Die Strafverfügung mußte daher aufgehoben werden.

Digitized by Google

C. Zur Unfallversicherung.

Unfallversicherungspflichtige Beschäftigung im landwirtschaftlichen Betriebe des Schwagers. — Fürsorgepflicht der Gemeinde nach § 27 LUVG. (§§ 942, 943 RVO.).

Urteil des **preuß. Oberverwaltungsgerichts, 8. Senats** v. 27. November 1913.

Die unverehelichte Anna B. ist am 14. Januar 1910 von einem Unfalle betroffen worden. Sie behauptet, diesen im landwirtschaftlichen Betriebe ihres Schwagers, des Landwirts J., erlitten zu haben. Wegen der Folgen des Unfalls hat sie sich von ihrem Hausarzte behandeln lassen. Auf ihren Antrag entschied die Aufsichtsbehörde auf Grund des § 29 Abs. 1 des Unfallversicherungsgesetzes für Land- und Forstwirtschaft dahin, daß die Gemeinde S. als Betriebsgemeinde für verpflichtet zu erachten sei, die Kosten für die ärztliche Behandlung der Anna B. vom Beginne der 7. bis zum Ablaufe der 13. Woche nach dem Unfalle zu gewähren und ferner die in den ersten 6 Wochen entstandenen Kosten, soweit sie von den zunächst Verpflichteten nicht bestritten würden, mit Vorbehalt des Ersatzanspruchs zu übernehmen. Hiergegen erhob die Landgemeinde S. Klage und beantragte, die Entscheidung des Landrats aufzuheben. Der Bezirksausschuß gab der Klage statt und wies den Antrag der B. auf Gewährung der Kosten des Heilverfahrens ab.

Die von der Verletzten eingelegte Revision ist vom Oberverwaltungsgericht für begründet erachtet worden.

Anmerkung: Der letzte Satz ist von beachtenswerter allgemeinerer Bedeutung. Auch eine Krankenkasse, die den Berechtigten mit seinem Anspruch auf Kassenleistungen schlechthin abweist, darf nicht erwarten, daß dieser sich an den Kassenarzt wende, und kann ihm, wenn er später Erstattung der ihm entstandenen Krankenpflegekosten nachsucht, nicht vorwerfen, daß er den Kassenarzt umgangen habe.

Die Erwägungen, von denen aus der Vorderrichter zu der Annahme gelangt ist, daß die Anna B. nicht die Eigenschaft eines Arbeiters im Sinne des Unfallversicherungsgesetzes für Land- und Forstwirtschaft besitze, sind nicht frei von Rechtsirrtum und von wesentlichen Verfahrensmängeln. Der Bezirksausschuß vermißt zunächst das Vorliegen des vom Senate für den Begriff des Arbeiters in der hier fraglichen Bedeutung in mehrfachen Urteilen aufgestellten, dahingehenden Erfordernisses, daß sich der Arbeiter dem Arbeitgeber gegenüber in gewissem Grade seiner Selbständigkeit begeben müsse. Zu dieser Annahme gelangt er aber im wesentlichen auf die Weise, daß er das Verhältnis zwischen Vater und Kinder mit demjenigen zwischen Schwager und Schwägerin und zwischen Geschwister vergleicht. Danach geht der Vorderrichter davon aus, daß ein dauerndes, an und für sich schon gegebenes Abhängigkeitsverhältnis bestehen müsse. Das ist aber rechtsirrig. Die in Betracht kommenden Entscheidungen des Senats (insbesondere die Urteile vom 10. Juni 1899 und vom 25. Juni 1903, Band 35 Seite 378 und Band 43 Seite 365 der amtlichen Sammlung) verlangen nur, daß derjenige, der eine Arbeitstätigkeit für einen Dritten übernimmt, sich dem letzteren gegenüber für die Dauer seiner Tätigkeit seiner Selbständigkeit begebe und damit zu dem Dritten als seinem Arbeitgeber in das abhängige Verhältnis eines Arbeiters trete. Ferner sind die Ausführungen des Bezirksausschusses darüber, daß die Tätigkeit der Beklagten nicht als eine „ernstliche" Arbeit anzusehen sei, rechtsirrtümlich; denn er stützt diese Ansicht lediglich darauf, daß die Arbeit der Beklagten eine geringfügige gewesen sei. Darauf kommt es aber nach dem bereits angezogenen, hiermit in Bezug genommenen Urteile vom 25. Juni 1903 nicht an (vergl. hierzu auch die Urteile des Reichsversicherungsamts vom 2. März 1907 und 7. November 1910 in Schultz, Jahrbuch, Band 5, Seite 126 und Band 8 Seite 148). Endlich liegt insofern eine mangelhafte Aufklärung des Sachverhalts und damit ein wesentlicher Verfahrungsmangel vor, als der Vorderrichter gar nicht festgestellt hat, worin die den Betriebsunfall verursachende Tätigkeit der Beklagten bestanden hat und ob der Beklagten eine Unfallrente bewilligt worden ist.

Danach unterliegt die Vorentscheidung der Aufhebung (§ 94 Ziff. 1 und 2 des Landesverwaltungsgesetzes).

Bei der eintretenden freien Beurteilung ist auf Grund der von der Klägerin als richtig anerkannten Angaben des Beklagten in der Revisionsschrift für erwiesen zu erachten, daß die Anna B. den in Betracht kommenden Unfall im landwirtschaftlichen Betriebe ihres Schwagers erlitten hat. Auch rechtfertigt der Inhalt der Akten die Feststellung, daß die Beklagte in dem gedachten Betrieb ernstliche Arbeit geleistet und die Eigenschaft eines Arbeiters im Sinne des § 27 des Unfallversicherungsgesetzes für Land- und Forstwirtschaft besessen hat .... (Dies wird näher ausgeführt). Die Ansicht der Klägerin, daß

Digitized by Google

der Begriff des Arbeiters in der Bedeutung des § 27 a. a. O. verschieden sei von demjenigen des § 1 daselbst, geht fehl. Ebendasselbe gilt von dem den Vorschriften des § 617 des Bürgerlichen Gesetzbuchs entnommenen Einwande der Klägerin; dem Bezirksausschuß ist darin, daß diese mangels des Abschlusses eines Dienstvertrages nicht zur Anwendung kommen können, lediglich beizutreten.

Hiernach sind die Voraussetzungen, von denen der § 27 Abs. 1 des Unfallversicherungsgesetzes für Land- und Forstwirtschaft, die dort näher bezeichnete Verpflichtung der Betriebsgemeinde abhängig macht, an sich gegeben. Die klagende Gemeinde hat jedoch noch geltend gemacht, daß die Beklagte deshalb ihres Ersatzanspruchs verlustig gegangen sei, weil sie sich wegen Gewährung der ärztlichen Behandlung an ihren Hausarzt und nicht an denjenigen Arzt gewendet hat, der nach einem von der Gemeinde mit ihm geschlossenen Abkommen verpflichtet ist, die von einem landwirtschaftlichen Unfalle betroffenen Personen während der ersten dreizehn Wochen gegen eine im voraus festgesetzte Entschädigung zu behandeln. Sie meint, daß sie mit Rücksicht auf diese Einrichtung berechtigt sei, die Bezahlung der durch die Inanspruchnahme des Hausarztes entstandenen Kosten abzulehnen. Aber auch diese Einrede ist nicht stichhaltig. Es kann hier ganz dahingestellt bleiben, ob das Unfallversicherungsgesetz für Land- und Forstwirtschaft mangels einer dahingehenden ausdrücklichen Bestimmung den Abschluß eines Abkommens der fraglichen Art überhaupt zuläßt. Da die klagende Gemeinde ihre Verpflichtung, die Kosten des Heilverfahrens zu gewähren, von Anfang an bestritten hat, so war die Beklagte jedenfalls nicht verpflichtet, sich an den von der Gemeinde angestellten Arzt zu wenden.

Landwirtschaftlicher Betriebsunfall. — Fürsorgepflicht der Gemeinde nach § 27 LUVG. (§§ 942, 943 RVO.). — Akkordant als Unternehmer.

Urteil des **preuß. Oberverwaltungsgerichts, 3. Senats**, v. 11. Dezember 1913.

Der in der Gemeinde K. wohnhafte Arbeiter Josef D. war im November 1910 etwa zwei Wochen lang auf dem dem Rittergutsbesitzer Sch. gehörigen Gute E. mit Erdarbeiten (Wiesenbesanden) beschäftigt. Diese Arbeiten waren im ganzen einem Unternehmer L. übertragen, der seinerseits den D. als Arbeiter angenommen hatte. D. erlitt bei diesen Arbeiten am 28. November 1910 einen Knöchelbruch, und dieser Unfall ist ihm vom Beginn der 14. Woche seit Eintritt desselben, also seit dem 27. Februar 1911, von der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft durch eine Unfallrente entschädigt. Die erste ärztliche Behandlung übernahm der Arzt Dr. Z. und liquidierte dafür im ganzen 68 M., die ihm am 9. Mai 1912 von der Gemeinde K. ausgezahlt wurden. Die Gemeinde fordert in einer gegen den „Gutsvorstand" E. gerichteten Klage die Erstattung dieses Betrages, indem sie sich auf § 27 des Unfallversicherungsgesetzes für Land- und Forstwirtschaft und daneben auf § 29 des Unterstützungswohnsitzgesetzes stützt. Der Beklagte machte geltend, daß es sich gar nicht um einen landwirtschaftlichen Unfall handle, da der Besitzer des Gutes E. die fraglichen Bodenkulturarbeiten nicht selbst ausgeführt, sondern im ganzen dem Unternehmer L. übertragen habe, D. also in einem gewerblichen Betriebe des L., nicht in dem landwirtschaftlichen Betriebe des Sch. verunglückt sei. Deshalb habe auch auf Grund des § 27 des Unfallversicherungsgesetzes für Land- und Forstwirtschaft eine Verpflichtung der Gemeinde K. zur Uebernahme der Kosten des Heilverfahrens für D. nicht bestanden. Auch eine armenrechtliche Leistung dieser Gemeinde könne nicht in Frage kommen, da die Kosten erst nachträglich, etwa 1½ Jahre nach der stattgefundenen ärztlichen Behandlung gezahlt worden seien. Uebrigens habe Sch. dem D. zur Deckung der Arztkosten, ohne seine Verpflichtung dazu anzuerkennen, den Betrag von 30 M. ausgezahlt.

Der Bezirksausschuß hat den Gutsvorsteher verurteilt, der Klägerin 68 M. auszuzahlen.

Hiergegen hat Sch. Revision eingelegt, welcher das OVG. stattgab.

Es handelt sich, obwohl die Klägerin zur Begründung der Klage auch den § 29 des Unterstützungswohnsitzgesetzes mit herangezogen hat, nicht um eine Streitigkeit zwischen Armenverbänden über die Erstattung von Kosten, die im Wege der öffentlichen Armenpflege aufgewendet sind, sondern um einen Erstattungsanspruch auf Grund der §§ 29, 27 Abs. 2 und § 165 des Unfallversicherungsgesetzes für Land- und Forstwirtschaft. Der Bezirksausschuß führt aus, daß ein Erstattungsanspruch gemäß § 27 Abs. 1 Satz 2 a. a. O. nicht bestehe, weil D. auf Grund gesetzlicher Bestimmungen, nämlich nach § 29 des Unterstützungswohnsitzgesetzes einen Anspruch auf die gleiche Fürsorge habe. Dies ist rechtsirrtümlich. Zu den Ansprüchen auf Grund gesetzlicher Bestimmungen im Sinne des § 27 Abs. 1 Satz 2 des Unfallversicherungsgesetzes für Land- und Forstwirtschaft gehören Ansprüche auf Gewährung von Armenunterstützung auf Grund des Unterstützungswohnsitzgesetzes überhaupt nicht (vgl. Entscheidungen des Oberverwaltungsgerichts Bd. 22 S. 371). Schon hieraus folgt die Aufhebung der angefochtenen Entscheidung.

Bei freier Beurteilung ist zunächst zu bemerken, daß als Beklagter nicht der

Digitized by Google

Gutsvorsteher von E., sondern der Rittergutsbesitzer Sch. als Gutsherr von E. nach § 165 des Unfallversicherungsgesetzes für Land- und Forstwirtschaft in Betracht kommt (vgl. Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts vom 26. Juni 1902 — III E. 60. 02). Die Prozeßaufschrift ist demgemäß berichtigt worden.

In der Sache selbst ist es unerheblich, daß der Kreisausschuß zu K. als Sektionsvorstand der Westpreußischen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft (Bl. 8 der Unfallakten) einen landwirtschaftlichen Unfall im Sinne des § 1 des Unfallversicherungsgesetzes für Land- und Forstwirtschaft anerkannt hat. Die Frage, ob ein solcher vorliegt, ist in dem vorliegenden Streitverfahren selbständig nachzuprüfen. Ein landwirtschaftlicher Unfall lag dann nicht vor, wenn Sch. die fraglichen Bodenkulturarbeiten nicht in eigener Regie ausgeführt, sondern „einem anderen Unternehmer" übertragen hatte (§ 1 Abs. 4 a. a. O.). Eine solche Uebertragung liegt aber dann nicht vor, wenn der Unternehmer nur als Mittelsperson (Kleinakkordant) in Frage kommt (vgl. Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts vom 8. Mai 1913 — III E. 2. 13 —, auch Rasp-Meinel, Kommentar zum Unfallversicherungsgesetz für Land- und Forstwirtschaft Note 23 zu § 1 S. 99-100). Nach Lage der Akten muß man aber davon ausgehen, daß L. selbständiger Unternehmer und nicht bloß Mittelsperson und Kleinakkordant war. Um letzteres anzunehmen, fehlt es an jedem Anhalt. Die Klägerin selbst hat dahingehende Behauptungen nicht aufgestellt, und auch die Behauptungen des Beklagten in der Klagebeantwortung, daß D. nicht bei dem Beklagten, sondern bei dem als selbständiger Unternehmer auftretenden L. beschäftigt gewesen sei, unbestritten gelassen. Die Darstellung des Beklagten wird auch durch die Aussage des D. als Zeugen bestätigt. Lag aber ein landwirtschaftlicher Unfall im Sinne des § 1 des Unfallversicherungsgesetzes für Land- und Forstwirtschaft nicht vor, so kann die Klägerin Erstattungsansprüche aus § 27 a. a. O. nicht geltend machen.

D. Zur Angestelltenversicherung.

Ist die Aufnahme in eine Erholungsstätte durch die Landesversicherungsanstalt „unverschuldetes Unglück" im Sinne des § 63 HGB?

Urteil des Kaufmannsgerichts zu Neukölln vom 5. Dezember 1913.

Die Klägerin ist bis zum 26. August 1913 bei dem Beklagten als Verkäuferin tätig gewesen. Am genannten Tage ist sie auf ihren Antrag von der Landesversicherungsanstalt Brandenburg einer Erholungsstätte zur Kräftigung ihrer Gesundheit überwiesen worden. Sie beansprucht vom Bekl. das Gehalt für die ersten 6 Wochen ihres Aufenthalts in der Erholungsstätte.

Die Klage ist abgewiesen aus den Gründen:

Nach § 63 des HGB. behält der Handlungsgehilfe, falls er durch unverschuldetes Unglück an der Leistung der Dienste verhindert wird, seinen Anspruch auf Gehalt und Unterhalt, jedoch nicht über die Dauer von 6 Wochen hinaus. Der Fall eines unverschuldeten Unglücks liegt nicht vor. Die Klägerin hat bis zum 26. August 1913 gearbeitet, und sie hätte voraussichtlich auch noch weiter gearbeitet, wenn die Aufforderung der Landesversicherungsanstalt erst 6 Wochen später eingegangen wäre. Von einem unverschuldeten Unglück, das die Klägerin während ihres Aufenthalts in der Erholungsstätte an der Leistung der Dienste verhindert hätte, kann mithin keine Rede sein. Es lag in dem Belieben der Klägerin, der Aufforderung der Landesversicherungsanstalt Brandenburg zu folgen oder nicht.

(Gewerbe- und Kaufmannsgericht.)

Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte genießt keine persönliche Gebührenfreiheit.

Beschluß des Kammergerichts, Zivilsenat Ia, vom 21. Januar 1914 (Preuß. Just. Min. Bl. S. 529).

Der Gerichtsschreiber eines Amtsgerichts forderte von der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte Gerichtskosten für Eintragung ihres Eigentums an Grundstücken und für Eintragung von Hypotheken usw. Die Reichsversicherungsanstalt nahm jedoch auf Grund des § 8 des Preuß. Ger.-Kost.-Ges. Gebührenfreiheit in Anspruch, weil sie eine öffentliche Behörde des Reichs sei und die Geschäfte der öffentlichen Verwaltung im ausschließlichen Interesse des Reichs führe. Nach dem erwähnten § 8 sind nämlich von der Zahlung der Gerichtsgebühren u. a. befreit: der Fiskus des Deutschen Reichs und alle öffentlichen Anstalten, welche für Rechnung des Reichs verwaltet werden oder diesen gleichgestellt sind.

Die hierauf gegründete Erinnerung der Reichsversicherungsanstalt beim Amtsgericht, die Beschwerde beim Landgericht und die weitere Beschwerde beim Kammergericht wurden aber als unbegründet zurückgewiesen. Wir teilen aus den Gründen des Beschlusses des

Digitized by Google

Kammergerichts auszugsweise die Ausführungen mit, die sich auf die Rechtsnatur der Reichsversicherungsanstalt beziehen.

„. . . Nach § 97 des Versicherungsges. für Angestellte ist die Rechtsfähigkeit besitzende Reichsversicherungsanstalt für Angestellte allerdings eine öffentliche Behörde, die der Aufsicht des Reichs unterstellt ist (§§ 100 ff.) und bei der das Reich einen gewissen Einfluß auf die Verwaltung ausübt. (§§ 100 Abs. 3, 105, 174, 224, 225). Wenn aber die Beschwerdeführerin aus diesem Behördencharakter der Reichsversicherungsanstalt folgert, daß sie mit dem obersten Träger aller behördlichen Funktionen des Reichs, dem Reiche selbst identisch sein müsse, so ist diese Auffassung rechtsirrtümlich. Die Reichsversicherungsanstalt ist eine Anstalt des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung, die mit den Rechten und Pflichten einer öffentlichen Behörde ausgestattet ist, und die ihre Autorität von der Reichsgewalt herleitet; ihre Angelegenheiten sind aber im allgemeinen nicht als reine Reichsdienstangelegenheiten anzusehen (vgl. Mentzel-Schulz-Sitzler, Vers.-Ges. f. Angest., Anm. 2; Begr. des Entw. S. 127). Da die Reichsversicherungsanstalt durch § 97 eigene Rechtsfähigkeit verliehen erhalten hat, kann sie also notgedrungen privatrechtlich mit dem ebenfalls eigene Rechtsfähigkeit besitzenden Reiche, in privatrechtlicher Beziehung Reichsfiskus genannt, nicht zusammenfallen. . . ."

Ein Einkassierer ist versicherungspflichtig, wenn er auch Bureauarbeiten von größerer Bedeutung leistet.

Entscheidung des **Rentenausschusses Berlin** v. 27. Oktober 1913.

Die Entscheidung über die Versicherungspflicht des Kassenboten N. hängt davon ab, ob er zu einer der im § 1 Abs. 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte aufgeführten Personengruppen zu rechnen ist. Zu diesem Zwecke ist zunächst die Vorfrage zu erörtern, ob seine Tätigkeit in ihrer Gesamtheit oder wenigstens in der Hauptsache unter das Versicherungsgesetz für Angestellte fällt und zur Begründung der Versicherungspflicht als geeignet zu betrachten ist.

Seine Beschäftigung zerfällt in zwei Teile: die Außentätigkeit und die Bureautätigkeit. Die erstere besteht zunächst darin, auf Grund quittierter Rechnungen die Konsumenten aufzusuchen und gegen Auslieferung der quittierten Rechnung den darauf verzeichneten Betrag in Empfang zu nehmen und in eine Liste einzutragen. Mit der Tätigkeit eines Kassierers kann diese Obliegenheit nicht auf eine Stufe gestellt werden; denn ein Kassierer hat nicht nur das Geld in Empfang zu nehmen, sondern vor allem darüber zu quittieren und die Beträge zu buchen. Das Einschreiben des Betrages in die Liste bedeutet noch keine kassentechnische Buchung, sondern bildet erst die Grundlage für eine solche und dient als Beleg über das an die Kasse von dem Kunden abgeführte Geld. N. ist vielmehr in dieser Hinsicht lediglich als Bote zu betrachten, der den Verkehr zwischen der Kasse und den Konsumenten vermittelt, und durch dessen Tätigkeit letzterem das persönliche Hintragen des Geldes oder die Uebersendung durch die Post bzw. durch einen beliebigen anderen Boten erspart werden soll. Ihr Zweck ist daher einzig und allein der Transport des Geldes. Dieser ist jedoch keine höhere geistige Tätigkeit, sondern erschöpft sich lediglich in körperlicher Arbeit. Nach der Begründung zum Entwurfe des Versicherungsgesetzes für Angestellte ist aber der Kreis der Versicherungspflichtigen dadurch abgegrenzt, daß die der handarbeitenden Bevölkerungsklasse angehörenden Personen von der Versicherungspflicht ausgenommen sind (Begründung S. 93). Daher fällt auch die Tätigkeit dieser Personen, die körperliche Arbeit, nicht unter das Versicherungsgesetz für Angestellte.

An dieser Beurteilung ändert der Umstand nichts, daß N. verhältnismäßig hohe Summen einzuziehen hat; es handelt sich täglich durchschnittlich um 120 Einzelbeträge in einer Gesamthöhe von 438 M., das bedeutet zwar ein größeres Maß von Vertrauen, das ihm von seiner Arbeitgeberin entgegengebracht wird, beeinflußt aber das Wesen der Tätigkeit selbst nicht.

Die gleiche Auffassung wird bezüglich der obliegenden Tätigkeit des Zählerablesens Platz greifen müssen. Auch diese Aufgabe erfordert außer dem Gang nach den einzelnen Zähleruhren keine geistige Arbeit, sondern lediglich ein Abschreiben der von der Uhr angezeigten Zahlen. Daher kann auch sie nur auf eine Stufe mit der körperlichen Arbeit gestellt werden.

Seine Außentätigkeit ist somit als nicht geeignet zur Begründung der Versicherungspflicht zu betrachten.

Der Arbeitskreis des Kassenboten N. umfaßt aber ferner noch eine umfangreiche Bureautätigkeit, deren Beurteilung als versicherungspflichtige Beschäftigung gemäß § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte unter dem Gesichtspunkt, ob sie

Digitized by Google

als „niedere oder lediglich mechanische Dienstleistungen" anzusprechen sind, zu erfolgen hat. Dabei scheidet jedoch der Begriff der „niederen" Dienstleistungen von vornherein aus; denn zu diesen sind, wie der Rentenausschuß im Anschluß an die bei der Beratung des Versicherungsgesetzes für Angestellte zutage getretenen Auffassungen (Kommissionsbericht S. 68/70, Stenogr. Ber. S. 8182) schon wiederholt entschieden hat, nur Botendienste, Aufräumungs-, Reinigungs- und ähnliche Arbeiten zu verstehen. Damit hat aber der Kassenbote N. nichts zu tun. In Frage kann demnach nur kommen, ob seine Arbeiten als „lediglich mechanische Dienstleistungen" anzusehen sind. Wie aus den in der Kommission und den Verhandlungen des Reichstages seitens der Abgeordneten und der Regierungsvertreter zum Ausdruck gebrachten Meinungen hervorgeht, lag es in der Absicht des Gesetzgebers, die Bureautätigkeit und die damit Beschäftigten in weitem Umfange in den Kreis der nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte versicherungspflichtigen Personen einzubeziehen. Ausgeschlossen sollten lediglich die Schreiber sein, „die nur mit gewöhnlichen Schreibarbeiten beschäftigt werden" und „nichts weiter zu tun haben, als mechanisch abzuschreiben". (Kommissionsbericht S. 8, 10; Stenogr. Ber. S. 8181.) Sogar der letzteren Zugehörigkeit zum Angestelltenversicherungsgesetz war noch in der zweiten Lesung, allerdings ohne Erfolg, beantragt worden. Hervorgehoben wurde insbesondere, daß solche Schreiber, wenn sie auch mit der Anfertigung von Schriftsätzen, Kostenrechnungen und dergleichen beschäftigt würden, als versicherungspflichtige Personen zu gelten hätten (Kommissionsber. S. 8), und daß ferner das so einfach erscheinende Ausfüllen von Formularen sich häufig als eine nicht niedere Arbeit darstelle, die ein nicht geringes Maß von geistiger Anstrengung erfordere (Kommissionsber. S. 68). Ebenso wurde die Versicherungspflicht eines Registrators ausdrücklich betont (Stenogr. Ber. S. 8181).

In diesen Aeußerungen, die für die Auslegung des § 1 Absatz 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte von maßgebender Bedeutung sind, ist auch ein wesentlicher Anhalt für die Beurteilung der Bureautätigkeit im vorliegenden Falle gegeben.

Nach dem Tatbestande liegt N. einmal die tägliche Abrechnung mit der Kasse über die einkassierten Beträge ob, die dann durch eine größere Abrechnung am Schlusse des Monats ergänzt wird. Wenngleich diese Aufgabe im Zusammenhange mit seiner Kassiertätigkeit steht, so ist sie doch von so erheblichem Umfange — sie nimmt täglich eine ¾ Stunde und am Schlusse des Monats etwa 8 Stunden in Anspruch, und es sind jährlich ungefähr 260 Stück der in Betracht kommenden Formulare auszufüllen —, daß sie nicht nur als Nebenbeschäftigung zu seiner Kassiertätigkeit, sondern als besondere Bureauarbeit beurteilt werden muß. Dann kann es aber keinem Zweifel unterliegen, daß diese Tätigkeit, die ihrem Wesen nach die Grundzüge der Buchführung an sich trägt, nicht in der gleichen Weise bewertet werden kann wie das einfache mechanische Abschreiben, und daß sie deshalb nicht zu den mechanischen Dienstleistungen gezählt werden darf.

Unter dem gleichen Gesichtspunkte ist das Ausrechnen des verbrauchten Stromes und das Eintragen in die dazu bestimmten Bücher sowie die ihm obliegende Führung eines Verzeichnisses über die von der Gesellschaft gemachten Bestellungen zu betrachten; auch diese Tätigkeit geht über die Arbeit eines Abschreibers hinaus und ist daher versicherungspflichtig.

Vor allem aber liegt N., und zwar ihm allein, die Führung der gesamten Registratur des Werkes ob. Sie umfaßt außer Schnellheftern und Briefordnern noch etwa 1000 Aktenstücke, so daß seine Tätigkeit nicht lediglich darin besteht, Eingänge und Kopien der Ausgänge nach dem Alphabet einzuordnen, sondern selbständig die zu einem Schriftstücke gehörenden Akten herauszusuchen und nach Erledigung wieder an die richtige Stelle zu tun. Wenn nun auch die Registratur in einem Privatbetriebe nicht dieselbe Bedeutung hat wie in einem öffentlichen, so gehört sie andererseits, insbesondere wenn sie, wie vorliegend, von nicht unerheblichem Umfange ist, nicht zu der unwesentlichen Seite des Bureaubetriebes. Ihre Erledigung erfordert denn auch täglich ungefähr 2½ Stunden und die letzten 5—6 Tage des Monats. Ihre sorgfältige Bearbeitung hängt eng mit der ordnungsmäßigen Entwicklung der ganzen Geschäftsführung zusammen und ist daher nicht zu den mechanischen Dienstleistungen zu zählen.

Daß N. auch mit Kopierarbeiten beschäftigt wird, hindert nicht, seine Bureautätigkeit in ihrer Gesamtheit zur Begründung der Versicherungspflicht als geeignet anzusehen.

So steht also der nicht versicherungspflichtigen Außentätigkeit die versicherungspflichtige Bureautätigkeit gegenüber, und es fragt sich, welche von beiden Beschäftigungen den Ausschlag gibt, und zu welcher der im § 1 a. a. O. genannten Gruppen N. zu zählen

Digitized by Google

ist. Betrachtet man die beiden Tätigkeiten in bezug auf ihren zeitlichen Umfang, so ergibt sich, daß sie ungefähr die gleiche Arbeitszeit erfordern. Maßgebend ist aber, daß die Bureautätigkeit, insbesondere soweit es sich um die Führung der Registratur handelt, von weit größerer Bedeutung und Wichtigkeit ist als die Erledigung der Botengänge. Können diese von jedem beliebigen ungelernten Arbeiter ausgeführt werden, so würden die Bureauarbeiten, wenn sie nicht durch N. erfolgten, einen besonderen Bureauangestellten erfordern. Diese geben deshalb seiner Tätigkeit das Gepräge und machen das Wesen seiner Stellung aus. Daher ist N. richtig nicht als Kassenbote, sondern als Bureauangestellter zu bezeichnen. Dieser Beurteilung entspricht auch, daß N. weder zu Aufräumungs- noch zu sonstigen Reinigungsarbeiten, wie sie einem Boten gewöhnlich obliegen, verpflichtet ist, daß er in monatlicher Kündigung steht, und daß bereits im Vertrage ausdrücklich vorgesehen ist, ihn in anderer Weise als bloß als Kassenbote zu beschäftigen.

Als Bureauangestellter aber gehört N. unzweifelhaft zu denen, die nicht mit „niederen oder lediglich mechanischen Dienstleistungen" betraut sind. Da ferner nach der ganzen Sachlage die Tätigkeit des N. seinen Hauptberuf ausmacht, so ist er gemäß § 1 Absatz 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig.

Sprechsaal.

Setzt § 418 RVO. einen Anspruch auch auf Wochenhilfe und Sterbegeld voraus?

Vom Abonnementsverein von Dienstherrschaften für kranke Dienstboten in Berlin erhalten wir folgende Zuschrift:

„In Heft 15 Ihrer Zeitschrift vom 21. Mai findet sich eine Entscheidung, nach welcher ein Arbeitgeber einem befreiten Versicherungspflichtigen Wochen- und Sterbegeld nicht zu gewähren hat. Dieser Auffassung schließen Sie sich an, mit der Begründung, daß nach § 418 RVO. auf Antrag des Arbeitgebers befreit werde, wer an diesen bei „Erkrankung" Rechtsanspruch auf Unterstützung habe. — Anscheinend ist hierbei übersehen worden, daß § 419 RVO. im Absatz 2 ausdrücklich vorsieht, daß für die Befreiten die §§ 195 bis 200 entsprechend gelten, sonach die Verpflichtung zur Zahlung des Wochengeldes seitens des betreffenden Arbeitgebers unstreitig ist. Es kann aber auch kein Zweifel obwalten, daß Sterbegeld zu gewähren ist, denn Absatz 1 des § 419 schreibt vor, daß für „Versicherungsfälle", die bei Ablauf der Befreiung bereits eingetreten sind, oder innerhalb 3 Wochen nach Aufhören der Beschäftigung eintreten, die Kasse nichts zu leisten, also der Arbeitgeber einzutreten hat. Hier wird also nicht Erkrankung, sondern von Versicherungsfällen gesprochen, und Hoffmann sagt daher in seinem Kommentar sehr richtig, daß der Arbeitgeber auch das Sterbegeld zu tragen habe, wenn die innerhalb 3 Wochen notwendig werdende Krankenhilfe bis zum Tode geleistet wurde. Sind hier offenbar auch Versicherungsfälle gemeint, die über den Ablauf der Befreiung hinaus Unterstützung fordern, so kann natürlich erst recht nicht die Rede davon sein, daß die Kasse für einen Befreiten zu leisten hätte während der Dauer der Befreiung.

Nun hat aber jeder Versicherungspflichtige bei Eintritt in die Beschäftigung ohne weiteres einen Anspruch auf sämtliche Leistungen der zuständigen Krankenkasse, die diese durch die Satzung zubilligt, und zwar auch dann, wenn er gar nicht angemeldet, aber auch, wenn er befreit worden ist. Der § 422 schreibt vor, daß die Kasse dem Befreiten die satzungsmäßigen Leistungen zu gewähren hat, soweit der Arbeitgeber die Unterstützung nicht leistet. Da indes auch hier noch besonders gesagt ist, daß der Arbeitgeber der Kasse das Geleistete zu erstatten hat, so erhellt daraus die Verpflichtung desselben zu allen satzungsmäßigen Kassenleistungen zur Evidenz.

Selbst wenn aber diese allen Zweifel beseitigenden Vorschriften nicht existierten, dürfte es unseres Erachtens selbstverständlich sein, daß der die Befreiung beantragende Arbeitgeber unter allen Umständen den Befreiten mindestens die den Kassenleistungen gleichwertige Unterstützung zu gewähren hat, denn es kann nicht die Absicht des Gesetzgebers gewesen sein, die Befreiten schlechter zu stellen, als andere Krankenkassenmitglieder. Es erscheint durchaus unberechtigt, den Ausdruck „bei Erkrankung" wörtlich auszulegen."

Diese Zuschrift — deren Auffassung auch von Schlottmann in Monatsschr. f. Arb.- und Angest.-Vers. 2 Sp. 488 gegen Hoffmann im Preuß. Verw. Blatt 35 S. 511 vertreten wird — läßt außer Betracht, daß wir uns nicht nur auf den Wortlaut des Gesetzes, sondern auch auf die Entstehungsgeschichte des § 418 und auf die Begründung gestützt haben, die ausdrücklich bemerkt, daß die Vorschrift sich an § 136 des Gesetzes vom 5. Mai 1886 anlehnt, der doch zweifellos nur einen Anspruch auf Krankenhilfe gegenüber dem Arbeitgeber erforderte. Indessen geben wir zu, daß namentlich der Hinweis auf § 419 Abs. 2 einen sehr beachtenswerten Gegengrund gegen unsere Auffassung abgeben kann.

Wir haben (S. 356) anerkannt, daß § 418 in der aus der Fassung und aus der Entstehungsgeschichte sich ergebenden Bedeutung eine auffällige, wohl auf einem Uebersehen beruhende, recht empfindliche Lücke in der Fürsorge für landwirtschaftlich Beschäftigte und Dienstboten läßt, und wir wollen es begrüßen, wenn die Rechtsprechung den Weg findet, die Lücke auszufüllen.

Digitized by Google

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die Mitgliederversammlung des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen

findet in Darmstadt vom 12. bis 15. Juli statt. Auf der Tagesordnung stehen, abgesehen von geschäftlichen Mitteilungen Vorträge und Erörterungen über folgende Gegenstände:

1. Die unmittelbare Abgabe von Arzneien und Heilmitteln durch die Krankenkassen. Referent: Kassenvorsitzender Eduard Gräf, Frankfurt am Main.
2. Die Entwicklung des Kassenbeamtenrechts seit dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung. Referent: Justizrat Dr. Mayer, Frankenthal (Pfalz).
3. Die Stellung der Zwangskassen zu den Ersatzkassen. Referentin: Allgemeine Ortskrankenkasse Halle a. S.
4. Salvarsanbehandlung der Syphilis. Referent: Professor Dr. Herzheimer, Frankfurt a. M.
5. Das Berliner Aerzteabkommen vom 23. Dezember 1913. Ref.: Rechtsanw. Dr. Baum, Berlin.
6. Das Abkommen mit den Berufsgenossenschaften nach §§ 1513, 1501, 1503 RVO. Ref.: Karl Brachel, Köln.
7. Gewährung von Krankengeld für Sonn- und Feiertage ohne Erhebung von Beiträgen für dieselben. Ref.: Verwaltungsdirektor Sigmund-Karlsruhe.
8. Gegenseitige Krankenhilfe und Kontrolle bei Ueberweisung erkrankter Mitglieder, Berechnung der Selbstkosten dabei und Regelung des Abrechnungsverfahrens.
9. Gemeinsame Abschlüsse mit Kurbädern zur Unterbringung von Kassenmitgliedern. Ref.: Direktor Albert Kohn-Berlin.
10. Weiterversicherung in niederen Klassen- oder Lohnstufen (§ 313 Abs. 1 RVO.). Referentin: Allgem. Ortskrankenkasse Halle a. S.
11. Gewährung von Barentschädigungen an Stelle freier ärztlicher Behandlung an Familienangehörige. Dieselbe Referentin.
12. Uebertragung der Rechte und Pflichten gemeindlicher Beamten an die geschäftsleitenden Kassenangestellten. Dies. Referentin.
13. Deckung des bei Ausstellung und Umtausch der Quittungskarten den Krankenkassen entstehenden Verwaltungsaufwandes. Dieselbe Referentin.
14. Formularausstellung der Ortskrankenkassen. Referent: Albert Kohn, Berlin.

Die Wahlen zu den Organen der Landkrankenkassen

werden nach §§ 331, 336 RVO. bekanntlich nicht durch die Arbeitgeber und die Versicherten selbst, sondern durch die Vertretung des Gemeindeverbandes vollzogen, aber die Reichsversicherungsordnung ermächtigt wenigstens die Landesgesetzgebung, anzuordnen, daß zum Vorstand und Ausschuß wie bei der Ortskrankenkasse gewählt wird (§ 336 Abs. 3). Im Königreich Sachsen haben nun die Sozialdemokraten einen Antrag eingebracht, wonach von dieser Ermächtigung Gebrauch gemacht werden sollte. Die Regierung widersprach und der Antrag wurde abgelehnt. In der „Krankenkassen-Zeitung" weist F. Kl. nach, wie die Regierung sich durch dieses Verhalten mit ihren eigenen, bei der Beratung der Reichsversicherungsordnung abgegebenen Erklärungen in einen auffälligen Widerspruch gesetzt hat. Es wurde nämlich in der Reichstagskommission darauf hingewiesen, daß für große Personengruppen, die seither schon den Ortskrankenkassen angehörten, aber nunmehr, wenn es zur Errichtung von Landkrankenkassen kommt, diesen zugewiesen werden, das eine Verschlechterung bedeute. Die Regierungsvertreter sagten aber, daß, weil die „Verhältnisse" nicht überall gleich seien, für den „Regelfall" die Wahl der Kassenorgane der Landkrankenkassen den Gemeindevertretungen übertragen worden seien. Wo die Wahl wie bei den Ortskrankenkassen möglich sei, könne sie so durchgeführt werden. Der Minister verwies dabei insbesondere auf das Königreich Sachsen. Dort seien schon seither die landwirtschaftlichen Arbeiter durch ein Landesgesetz krankenversicherungspflichtig und sie gehörten zum weitaus größten Teil den Ortskrankenkassen an, wo sie somit schon seither Wahlrechte besaßen. Der sächsische Bundesratsbevollmächtigte kam auf die Sache eingehend zu sprechen und erklärte in der Reichstagskommission (vergl. Kommissionsber. II S. 215): „Uebrigens werde bei etwaiger Einrichtung von Landkrankenkassen in Sachsen die befürchtete Benachteiligung der landwirtschaftlichen Arbeiter voraussichtlich nicht eintreten, weil die Kgl. Sächsische Regierung wahrscheinlich von der Bestimmung des § 349 (jetzt § 336 Abs. 2) Gebrauch machen werde."

Die Kündigungskrankheit.

Es handelt sich um die vielfach bemerkte Neigung mancher Angestellten, sich nach erfolgter Kündigung krank schreiben zu lassen, um für den Rest der Dienstzeit ohne Einbuße am Gehalt (§ 63 des Handelsgesetzbuchs) von ihrer Dienstverpflichtung frei zu werden. Hierüber entnehmen wir einem Aufsatze von Dr. jur. Henschel in der „Deutschen Medizinischen Presse" (1914 Nr. 10) folgendes: Es gibt selbstverständlich zahlreiche Fälle, in denen die Erkrankung im Kündigungsmonat in keinem irgendwie gearteten Zusammenhang mit der Kündigung steht. Ich denke dabei nicht nur an plötzlich auftretende akute Krankheitserscheinungen; auch Beschwerden, die bereits vor der Kündigung bestanden und Arbeitsunfähigkeit damals nicht bedingten, können sehr wohl im Kündigungsmonat infolge längerer Dauer oder heftigeren Auftretens die Arbeitsunfähigkeit herbeiführen. Auf der anderen Seite würde es aber eine völlige Verkennung der tatsächlichen Verhältnisse bedeuten, wenn man den Klagen der Prinzipale jegliche Berechtigung absprechen wollte. Es finden sich naturgemäß in jedem Stande Elemente, die ihm nicht zur Zierde gereichen, und es liegt darum für den Handlungsgehilfenstand, dessen Gewissenhaftigkeit, Fleiß und Hingabe bei Erfüllung der wirtschaftlichen Aufgaben der Nation jeder Einsichtige nur auf das Höchste einschätzen wird, kein irgendwie kränkender Vorwurf in der Feststellung, daß sich in seinen Reihen Personen finden, die im Kündigungsmonat den Erfolg einer Gehaltszahlung ohne Gegen-

Digitized by Google

leistung herbeizuführen und dazu die Mitwirkung des falsch berichteten Arztes in Anspruch zu nehmen versuchen. Wenn beispielsweise — ich greife zwei mir gegenwärtige Fälle heraus — ein Angestellter sich wegen Nervenschwäche krank schreiben läßt und am darauffolgenden Sonntag an einem Wettrudern in Grünau, also einem sportlichen Vergnügen, das die intensivste Nervenanspannung bedingt, teilnimmt, so wird man auch bei mildester Beurteilung darüber berechtigte Zweifel hegen dürfen, ob er nicht zur Wahrnehmung seiner Berufspflichten imstande gewesen. Oder wenn eine weibliche Angestellte, welche seit mehreren Wochen im Geschäft wegen ärztlich attestierter Nervenschwäche fehlt, dabei betroffen wird, wie sie stundenlang in einem von Lärm und Zigarrendampf erfüllten Lokal einem Konzert beizuwohnen vermag, so wird man sich auf den Standpunkt stellen dürfen, daß bei einigem guten Willen auch die zur Leistung von Arbeit erforderliche Nervenkraft hätte aufgebracht werden können.

Bei der Prüfung der Frage, wie der sogenannten „Kündigungskrankheit", die auch als Einzelerscheinung — schon wegen der daraus gezogenen verallgemeinernden Schlüsse — bedauerlich ist, nach Möglichkeit ein Riegel vorzuschieben, wird man regelmäßig davon auszugehen haben, daß sicherlich auch in den insoweit in Frage kommenden Fällen die von dem Arzt festgestellten Krankheitserscheinungen tatsächlich vorliegen. Der Kernpunkt liegt in der seitens des Arztes erfolgenden Wertung des Grades der durch die Krankheit herbeigeführten Minderung der Arbeitsfähigkeit. Diese Wertung aber wird in vielen Fällen für den Arzt, der den Patienten häufig zum ersten Male sieht, sehr schwierig sein; er wird zum großen Teil, wenn auch naturgemäß die Art der Darstellung der Krankheitserscheinungen ihm gewisse Anhaltspunkte zu geben vermag, auf die Angaben des Patienten seine Entschließung bauen müssen. Die Beantwortung der Frage der Arbeitsfähigkeit ist deshalb so diffizil, weil letztere gerade bei den typischen Großstadtkrankheiten, die insbesondere bei weiblichen Angestellten so häufig in die Erscheinung treten, nämlich Blutarmut und Nervenschwäche, in den meisten Fällen mehr oder minder bedingt wird durch das Maß der Willensenergie, das der Einzelne aufzubringen in der Lage ist. Ich kann mir sehr wohl denken, daß ein Angestellter, der trotz vorhandener Nervenschwäche bis zur Kündigung gearbeitet hat, nach erfolgter Kündigung, die — weil die Sorge um die Existenz bringend — ihm ein aufregendes Erlebnis bedeutet, völlig zusammenbricht. Aber umgekehrt wäre es töricht, nunmehr als Regelfall hinstellen zu wollen, daß dem Moment der Kündigung eine solche Wirkung innewohnt, daß also schon lediglich mit Rücksicht auf jene das Nachlassen der Arbeitskraft verständlich erscheint. Und weil eben die persönliche Note so außerordentlich ins Gewicht fällt, so kann — das ist ja der springende Punkt — nur eine sorgsame individuelle Behandlung des Einzelfalles zu einem befriedigenden Ergebnis führen.

Literarisches.

Untersuchungen über den Umfang der Erwerbslosigkeit innerhalb der einzelnen Berufe und Berufsgruppen. Von Dr. H. Post, Jena. Verlag von Gustav Fischer, 1914. Preis 5 M.

Der Verfasser will nicht Vorschläge zur Abhilfe machen, sondern nur Tatsachen feststellen. Gewiß eine wichtige Aufgabe, da die Heilung eines Uebels in erster Reihe voraussetzt, daß sein Sitz und sein Umfang klar erkannt werden. Hierzu wird das Buch ein wertvoller Beitrag sein, da der Verfasser ein umfangreiches Material gesammelt, gesichtet, zusammengestellt und gewissenhaft geprüft hat.

Rentenlehre für Aerzte. Von Augenarzt Dr. Alfred Perlmann. I. Bd.: Allgemeine Rentenlehre. Leipzig 1914, Verlag von Georg Thieme. 268 S. Preis 6,20 M.

Der Verfasser geht davon aus, daß die Begutachtung Unfallverletzter eine Aufgabe sei, die einen im Leben stehenden Praktiker verlange und durch theoretische Erörterungen nur wenig gefördert werde; zur Anleitung und Einführung in die Gutachtertätigkeit könne nur das Studium der Rechtsfälle selbst dienen. Demgemäß bringt das vorliegende Buch eine systematisch geordnete Sammlung von Entscheidungen, Rundschreiben, Erlassen usw. des Reichsversicherungsamts und anderer Behörden, sowie ärztliche Gutachten, soweit sie für die Behandlung und Begutachtung von Rentenbewerbern wichtig sind. Es handelt sich dabei in der vorliegenden „allgemeinen" Rentenlehre um das, was jeden Arzt interessieren muß, weil es die allgemeinen Gesichtspunkte über Rentenwesen, das Verfahren bei der Behandlung und Begutachtung, das Verhältnis zwischen Aerzten einerseits und Verletzten, Behörden, Berufsgenossenschaften anderseits betrifft. Ein weiterer Band soll die Entscheidungen und Gutachten über Augenunfälle bringen. — Die Auswahl und die Anordnung des Stoffes sind geschickt. Das Buch enthält in zweckdienlichster Form reiche Belehrung über die rechtlichen und ärztlichen Gesichtspunkte, die der behandelnde Arzt und der Gutachter bei Unfallverletzten zu beachten hat.

Die Regelung der Arztfrage in der Krankenversicherung. Oldenburg 1914, Verlag des „Archiv für Reichsversicherung" Adolf Littmann. Preis 60 Pf.

Das Heft enthält das sogen. Berliner Abkommen v. 23. Dezember 1914 mit den Ausführungsbestimmungen und den Wahlordnungen (s. Arb.-Vers. 1914 S. 50 ff. und 197). Die von den Krankenkassenverbänden herausgegebenen Erläuterungen sind dem Text als Anmerkungen angefügt. Da diese Vertragsnormen von den Kassen, die sich ihnen unterworfen haben, wie das Gesetz zu beachten sein werden, ist die Zusammenfassung in einem kleinen Hefte ein wertvolles Hilfsmittel für Vorstände, Angestellte und Aerzte.

Digitized by Google

Fortschritte der Hygiene 1888—1913. Herausgegeben von Dr. med. S. N. Kreiß. Berlin, Norddeutsche Verlagsgesellschaft. Preis 4 M.

Das durch ein Vorwort des Herausgebers eingeleitete Buch enthält eine Sammlung interessanter und lehrreicher Aufsätze namhafter Aerzte und Hygieniker: 1. Hygiene der ersten Lebensjahre, von Prof. Dr. Arthur Keller; 2. Schulgesundheitspflege, von Prof. Dr. Kemsies; 3. Gewerbehygiene, von Prof. Th. Sommerfeld; 4. Fortschritte des Krankenhauswesens, von Prof. Dr. Grober; 5. Die Tuberkulose und ihre Bekämpfung, von Prof. Dr. Nietner. — Im ganzen wird hiernach eine Uebersicht über das wichtigste soziale Schaffen unserer Zeit auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege und -fürsorge geboten. Durch Zusammenfassung alles Wesentlichen und Wissenswerten auf wissenschaftlicher Grundlage und doch in solcher Form, daß die Belehrung jedem Gebildeten zugänglich ist. Auch die an diesen Fragen in hohem Maße interessierten Organe der Versicherungsträger können sich aus diesem Buche mit Nutzen unterrichten.

Die Entwicklung des Koalitionsrechts in England. Von Dr. Gustav Krojanker. Stuttgart und Berlin 1914, Cotta'sche Buchhandlung. Preis 3,50 Mark.

Der Verfasser will in dieser Studie — Nr. 130 der von Brentano und Lotz herausgegebenen „Münchener Volkswirtschaftlichen Studien" — die von der Parteien Gunst und Haß umstrittene Frage nach der Handhabung und Gestaltung des Koalitionsrechts unbeeinflußt, „nur vom Standpunkt des nationalen Wohls" beurteilen und sie zu diesem Zwecke in ihrer Entstehung und Entwicklung in demjenigen Lande erfassen, das, wie in anderen wirtschaftlichen Fragen, auch in der gewerkschaftlichen Arbeiterorganisierung voranging. So werde, meint er, allgemeineres Verständnis für das Wesen der Frage gewonnen, das für alle Kulturländer trotz mannigfacher Abweichungen in politischen, wirtschaftlichen und rechtlichen Einzelheiten dasselbe bleibe. Jedenfalls gebührt dem Verfasser das Verdienst, auf verhältnismäßig engem Raume (144 Seiten) eine gründliche, inhalt- und lehrreiche, wirtschafts- und rechtsgeschichtliche Darstellung geliefert zu haben.

Schutz der Arbeiter und Angestellten der Großherzogl. Badischen Staatseisenbahnen und der Schweizerischen Bundesbahnen. Vergleichende Untersuchungen vom Großh. Bauinspektor Dr. Arthur Kaufmann. München und Leipzig, 1914, bei Duncker & Humblot. Preis 6,80 M.

Die Arbeit, Heft 175 der von Schmoller und Sering herausgegebenen „Staats- und sozialwissenschaftlichen Forschungen" ist ein Beitrag zu einer allgemeineren, vom internationalen Arbeitsamt in Basel veranstalteten Erhebung. Man merkt es der Arbeit an, daß er ein Techniker und zugleich ein Volkswirt ist, der hier ein reiches, hauptsächlich aus amtlichen Quellen geschöpftes Material durch die Vergleichung der Zustände in zwei benachbarten Betriebsgebieten, zu einer besonders wertvollen und anregenden Studie gestaltet hat.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und recht deutlich zu schreiben.

Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit eines Hausgewerbtreibenden hindert nicht den Beginn seiner Kassenmitgliedschaft.

1. Nach W. Antwort: Daß J. am 1. Jan. 1914 krank und außerstande war, die hausgewerbliche Tätigkeit auszuüben, stand weder der Begründung der Mitgliedschaft noch dem alsbaldigen Erwerb des Anspruchs auf die Kassenleistungen entgegen (Hahn in Arb.-Vers. 1913 S. 841 ff.). Dabei kommt es nicht einmal darauf an, ob sein Arbeitsverhältnis zu der Firma, für die er bis zu seiner Erkrankung gearbeitet hatte, noch als fortbestehend anzusehen war. Denn bei einem Hausgewerbtreibenden, der begrifflich ein „selbstständiger Gewerbtreibender" ist (§ 162 RVO.), wird die Versicherungspflicht naturgemäß nicht durch eine Beziehung zu einem einzelnen Auftraggeber, sondern allgemein durch seinen Beruf bestimmt. Auch wer diesen Beruf, die hausgewerbliche Tätigkeit, wegen Krankheit oder aus irgend einem anderen Grunde vorübergehend nicht ausübt, bleibt doch versicherungspflichtig und wird daher (durch Eintragung nach §§ 442, 468) Mitglied der Kasse. Darauf beruht auch die Vorschrift der RVO. in §§ 446, 468. Da im vorliegenden Falle nichts darauf deutet, daß J. seine Tätigkeit als Hausgewerbtreibender dauernd aufgegeben habe, liegt nur eine vorübergehende Behinderung in der tatsächlichen Ausübung vor. Die Kasse mußte ihn daher auf seine Anmeldung hin eintragen und ihm die Kassenleistungen gewähren.

Inwieweit muß die Kasse die Kosten einer Badekur tragen?

2. Nach Schwelm. Antwort: Wenn eine Heilung oder auch nur eine Linderung eines Leidens nur durch eine Kur in einem bestimmten Badeorte zu erzielen ist, so muß die Kasse zu den Kosten der Badekur bis zum Höchstbetrage (§ 193 RVO.) beitragen, bis zu dem sie Heilmittel zu gewähren hat. (Vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 5b zu § 182). Sie muß dann auch die notwendige Behandlung durch den Badearzt bezahlen. (Ebenda.)

Digitized by Google

Zur Zahlung der Beiträge für volle Wochen.

3. Nach Aachen. Antwort: a) Ihre Krankenkasse, die am 1. Januar 1914 ins Leben getreten ist, erhebt Beiträge für volle Kalenderwochen, doch sind diejenigen Mitglieder, die in der zweiten Hälfte der Woche eintreten, für diese Woche von der Beitragspflicht befreit. Diese Vorschrift muß in gleicher Weise angewendet werden, gleichviel, ob jemand der bereits bestehenden Kasse erst beitritt, oder ob er Mitglied wird, weil die Kasse überhaupt erst ins Leben tritt. Daher können für den 1.—3. Januar 1914 Beiträge nicht erhoben werden; denn der 1. Januar 1914 war ein Donnerstag, fiel also in die zweite Hälfte der Woche.

b) Für die Invalidenversicherung ist bestimmt, daß die Beitragswoche mit dem Montag beginne (§ 1387 RVO.). Dasselbe wird man aber auch für die Krankenversicherung annehmen dürfen.

Neuregelung der Lohnklassen ist ohne Einfluß auf vorher eingetretene Versicherungsfälle.

4. Nach Rathenow. Antwort: Die am 1. Januar 1914 durch die neue Satzung in Kraft gesetzte anderweitige Regelung der Lohnklassen stellt eine Aenderung der für die Bemessung der Leistungen maßgebenden Grundlöhne dar (§ 180 RVO.). Ausdrücklich aber bestimmt das Gesetz, daß eine Aenderung des Grundlohns auf Versicherungsfälle, die bereits vorher eingetreten sind, keinen Einfluß hat (§ 211).

a) Anspruch der Kasse gegen den Vater des unehelichen Kindes einer Versicherten. b) Pflichten ausländischer Auftraggeber inländischer Hausgewerbtreibender.

5. Nach Schleiz. Fragen: a) Ist der außereheliche Vater verpflichtet, der Krankenkasse alles das wieder zu erstatten, was die Kasse aus Anlaß der Niederkunft der außerehelichen Wöchnerin geleistet hat, also etwa 8 Wochen Wochengeld — auch für Sonntage — 6 Wochen Stillgeld, bei anschließender Erkrankung infolge der Niederkunft 26 Wochen Krankengeld, nebst Ersatz für Krankenpflege nach § 1503 RVO.?

b) Sind im Ausland wohnende Auftraggeber, die in Deutschland Hausgewerbtreibende ohne Zwischenperson beschäftigen, verpflichtet, Auftraggeberzuschüsse zu leisten? In welcher Weise?

Antwort: a) Der Vater des Kindes hat der Mutter die Kosten der Entbindung sowie die Kosten des Unterhalts für die ersten sechs Wochen nach der Entbindung und, falls infolge der Schwangerschaft oder der Entbindung weitere Aufwendungen notwendig werden, auch die dadurch entstehenden Kosten zu ersetzen (§ 1715 BGB.). Nur dieser Anspruch geht auf die Kasse über bis zum Betrage der von ihr zu gewährenden Leistungen (Arb.-Vers. 1914 S. 176 Ziff. 7); dabei ist § 1503 RVO. anzuwenden (§ 1542). Die Kasse berechnet also ihre Gesamtleistungen an Wochengeld, Krankengeld und Krankenpflege unter Berücksichtigung des § 1503 und nimmt den Vater dieserhalb insoweit in Anspruch, als seine gesetzliche Pflicht gegenüber der Mutter reicht. Diese Pflicht reicht aber zu Leistungen über sechs Wochen nach der Entbindung nur dann hinaus, wenn das längere Fürsorge- (Unterhalts)bedürfnis durch die Schwangerschaft oder Entbindung verursacht, die längere Krankheit also eine Folge der Schwangerschaft oder Entbindung ist. Das Stillgeld kann die Kasse in ihre Aufwendungen keinesfalls einrechnen. Denn der Aufwand für das Stillen gehört nicht zum Unterhalt der Mutter, sondern des Kindes.

b) Theoretisch besteht auch für ausländische Auftraggeber der im Inlande beschäftigten Hausgewerbtreibenden die Pflicht zur Leistung der Arbeitgeberzuschüsse, aber es fehlt an der praktischen Möglichkeit, diese Auftraggeber zur Erfüllung jener Pflichten zu zwingen, da die Staatsgewalt nicht über die Reichsgrenzen hinausreicht.

§ 390 ABG. gilt nicht für Mitglieder eines als Ersatzkasse zugelassenen Knappschaftsvereins.

6. Nach B. Antwort: Wir treten der Auffassung des Knappschaftsvereins bei. Im § 388 ABG. sind die Vorschriften des Gesetzes bezeichnet, die entsprechend gelten, wenn ein Knappschaftsverein als Ersatzkasse zugelassen ist. Darunter befindet sich nicht der § 390, wonach Angestellte unter näher bestimmten Voraussetzungen von der Beitragspflicht befreit werden, wenn für sie bei einer Lebensversicherungsunternehmung ein Vertrag (näher bezeichneten Inhalts) geschlossen worden ist. Allerdings gilt nach § 388 der § 373 Abs. 1, wonach die Beteiligung bei einer zugelassenen Ersatzkasse der Versicherung bei der Reichsversicherungsanstalt gleichsteht, auch für zugelassene Knappschaftsvereine; aber dies bedeutet eben nur, daß die bei der Ersatzkasse — dem Knappschaftsverein — Versicherten und ihre Arbeitgeber keine Pflichten gegenüber der Reichsversicherungsanstalt haben (vgl. z. B. Mentzel-Schulz-Sitzler Anm. 2, Manes Anm. 3 zu § 373). Unberührt also bleibt die Beitragspflicht gegenüber dem Knappschaftsverein, die sich lediglich nach dem Knappschaftsgesetz und der Satzung bestimmt. Wenn die Erhebung solcher Beiträge bisher unterblieben ist, weil auch der Knappschaftsverein von einer irrigen Rechtsauffassung ausgegangen ist, so können diese Rückstände noch in vollem Betrage nachgefordert werden, da sie noch nicht verjährt sind (§ 228 des preuß. Knappschaftsges.).

Was geschieht, wenn ein Landwirt, dessen Beschäftigte befreit sind (§ 418 RVO.), nachträglich weitere Beschäftigte annimmt?

7. Nach B. A. Frage: Ein Landwirt hatte hier am 1. Januar 1914 nach § 418 RVO. die Befreiung seiner Knechte und Mägde von der Krankenversicherungspflicht beantragt. Dem Antrage wurde zugestimmt. Am 1. April 1914 nahm der Landwirt zwei weitere Mägde an. Bis heute meldete er sie nicht zur Landkrankenkasse an, auch wurde für diese die Befreiung bisher nicht beantragt. Nach § 418 Abs. 2 Ziff. 3 RVO. ist Voraussetzung für die Befreiung, daß der Arbeitgeber für sämtliche von ihm Beschäftigte den Befreiungsantrag stellt. Was hat nun zu geschehen?

Antwort: Die Befreiung bezog sich nur auf die bei der Stellung des Antrags am 1. Januar bereits Beschäftigten. Die später angenommenen Mägde mußte der Arbeitgeber, da er nicht gleich-

Digitized by Google

falls ihre Befreiung erwirkte, anmelden. Wegen der Unterlassung dieser Anmeldung unterliegt er den Straffolgen aus §§ 530, 531 RVO. Außerdem ist aber, nachdem jetzt nicht mehr für sämtliche in der Landwirtschaft Beschäftigten der Befreiungsantrag gestellt ist, eine der Voraussetzungen der Befreiung der früheren Beschäftigten weggefallen (§ 418 Abs. 2 Ziff. 3). Dadurch erlischt zwar die Befreiung nicht, wie in den Fällen des § 419, von selbst, aber sie ist vom Kassenvorstande zu widerrufen und sie erlischt mit der Zustellung der Widerrufserklärung.

Wieweit unterstehen Kassenangestellte den Weisungen des Versicherungsamts?

8. Nach Bünde. Antwort: Unmittelbare Aufsichtsbefugnisse des Versicherungsamts gegenüber den Beamten und Angestellten der Krankenkassen ergeben sich aus § 31 RVO. (Hinsichtlich derjenigen, denen die Rechte und Pflichten gemeindlicher Beamten übertragen sind, kommt daneben noch Ziff. 2 des preuß. Min.-Erl. vom 18. Februar 1914, Arb.-Vers. S. 186 in Betracht.) Darüber hinaus aber ist das Versicherungsamt nicht befugt, dem Beamten oder Angestellten unmittelbare Weisungen, betreffend die Führung der Kassengeschäfte, zu erteilen; dies steht nur dem Vorstande oder, je nach dem Inhalt der Satzung (§ 5 Abs. 3) dem Vorsitzenden zu.

Der satzungsgemäße Ausschluß der Kürzung des Krankengeldes bei mehrfacher Versicherung erstreckt sich auch auf den Unfallzuschuß.

9. Nach Berlin-Steglitz. Antwort:- Die Satzung Ihrer Kasse enthält die Bestimmung, daß die Leistung nicht gekürzt wird, wenn ein Versicherter gleichzeitig Krankengeld aus einer anderen Versicherung erhält. Nach dieser Vorschrift darf auch nicht eine Kürzung des Unfallzuschusses erfolgen. Wenn § 573 Abs. 2 RVO. sagt, daß § 189 entsprechend gelte, so findet nicht nur dessen 1., sondern auch dessen 2. Absatz Anwendung auf den Unfallzuschuß. Die Satzung kann also auch seine Kürzung ausschließen, und das ist durch die erwähnte Bestimmung geschehen. Infolgedessen muß der Arbeitgeber der Kasse den Unfallzuschuß gemäß § 576 erstatten, auch wenn der Verletzte im ganzen Krankengeld über den Durchschnittsbetrag seines täglichen Arbeitsverdienstes erhält.

Der Armenverband verliert durch das Verhalten des Versicherten nicht seinen Ersatzanspruch gegen die Krankenkasse.

10. Nach Wermelskirchen. Antwort: Die Krankenkasse muß der Armenverwaltung für die Krankenhauspflege Ersatz leisten, obwohl die Versicherte das ihr von der Kasse zugewiesene Krankenhaus nicht aufgesucht, sondern den Kassenbezirk verlassen hat und an dem Orte, an dem sie sich aufhielt, von der dortigen Armenverwaltung in ein Krankenhaus geschickt wurde. Die Versicherte selbst hat durch ihr Verhalten den Anspruch auf Krankenhilfe verwirkt. Das hat aber nicht auch zur Folge, daß der Armenverband seinen Ersatzanspruch verlöre. Dieser setzt nur voraus, daß der Armenverband seine gesetzliche Pflicht zur Unterstützung erfüllt. (Vergl. Preuß. Oberverwaltungsgericht in der Arb.-Vers. 1914 S. 307.) Für den Umfang des Ersatzes sind nicht die Sätze maßgebend, die in dem von der Kasse zugewiesenen Krankenhaus erhoben werden, vielmehr bestimmt er sich nach den §§ 1531, 1533, 1503, 1506. Demnach sind anzusetzen für die ärztliche Behandlung $^3/_8$ des Grundlohnes, nach welchem sich das Krankengeld der Versicherten bestimmt, und für den Unterhalt die Hälfte des Grundlohnes, doch kann für den Unterhalt regelmäßig nur bis zur Hälfte des Krankengeldes Ersatz verlangt werden, bis zum vollen Betrage nur dann, wenn in der Anstalt vollständiger Unterhalt, also einschließlich Kleidung, gewährt sein sollte.

Porto für Zusendung der Beitragsquittung.

11. Nach Mörs. Antwort: Der Arbeitgeber kann über die eingesandten Beiträge Quittung verlangen und wir meinen auch, daß diese ihm, wenn er auswärts wohnt, zugesandt werden müssen. Allein das Porto hierfür muß er zahlen. Denn nach § 369 BGB. hat der Schuldner die Kosten der Quittung zu tragen und sogar vorzuschießen. Die Kasse kann also die Uebersendung der Quittung davon abhängig machen, daß der Arbeitgeber das Porto vorher, vielleicht mit den Beiträgen zugleich, einsende.

Berechnung der Kassenbeiträge für „Werktage".

12. Nach M. Antwort: Ihre Satzung bestimmt nicht, daß die Beiträge von 3% des Grundlohns für jeden „Arbeitstag", sondern daß sie für jeden „Werktag" der Lohnzeit berechnet werden. Mit diesem letzteren Ausdruck ist offenbar der Gegensatz zu Sonn- und Feiertagen gemeint, so daß für diese der Beitrag auch dann außer Rechnung bleibt, wenn sie für den einzelnen Versicherten Arbeitstage sind (zu vgl. die hier in Nr. 7 S. 153 besprochene Entsch. des RVA.). Ferner darf unseres Erachtens die Bestimmung der Satzung nicht dahin führen, daß für die einzelnen Monate, je nach der kalendermäßigen Zahl ihrer Tage und der in ihnen enthaltenen Werktage, verschiedene Beitragssätze herauskommen; sondern sie ist, dem Interesse an einer stetigen Verwaltungspraxis gemäß, dahin auszulegen, daß es nur darauf ankommt, wieviel Werktage im Jahresdurchschnitt auf einen Monat entfallen, und hierbei wird man, einer weitverbreiteten Uebung gemäß, den Monat zu 25 Werktagen rechnen dürfen (zu vgl. hier Nr. 15 S. 368 Ziff. 12). In den beiden in der Frage enthaltenen Fällen wird also der Beitrag auf 3% vom 25fachen Tagelohn zu berechnen sein.

Auch eine Lehre von 6 Monaten bedingt Krankenversicherungspflicht.

13. Nach Eberswalde. Antwort: Auf die Dauer der Lehre kommt es bei der Frage, ob ein krankenversicherungspflichtiges Lehrverhältnis besteht, nicht an. Wenn eine weibliche Person bei einer Schneiderin die Schneiderei erlernt, um sie selbst später als Erwerb auszuüben und nicht bloß, um sie gelegentlich im Haushalt zu verwerten, so liegt ein Lehrverhältnis vor, mag es auch auf nur 6 Monate beschränkt sein. Denn auch bei geringer Dauer wird eine Fachausbildung bezweckt. Daß sie nicht vollständig sein kann, berührt die Versicherungspflicht nicht.

Digitized by Google

Zur Versicherungspflicht von Zeitungsfrauen.

14. Nach Stettin. Antwort: Als geringfügig im Sinne der Bekanntmachung vom 17. November 1913 Ziff. 3 (Arb.-Vers. 1913 S. 848) wird man, sofern nicht die besonderen Umstände des Einzelfalls eine abweichende Beurteilung erfordern, den Entgelt ansehen dürfen, wenn er ein Drittel des Ortslohnes nicht erreicht. Dieser beträgt in Stettin für weibliche Personen täglich 1,80 Mark. Demnach würden die Frauen, die die Zeitungen nicht berufsmäßig austragen, versicherungsfrei sein, wenn sie bei 25 Arbeitstagen monatlich weniger als 15 Mark, bei 30 Arbeitstagen weniger als 18 Mark verdienen. Als vorübergehend gelten Dienstleistungen, die, einzeln betrachtet, nur eine verhältnismäßig kurze Zeit in Anspruch nehmen. (Vgl. Anleitung des RVA. Ziff. 30.)

Ersatzanspruch der Krankenkasse an den Arbeitgeber im Falle des § 420 RVO.

15. Nach Gr. Antwort: Sind gemäß § 420 RVO. die Beiträge ermäßigt worden, so hat der Versicherte nicht ohne weiteres im Falle der Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld, sondern erst vom Ablauf des Arbeitsvertrages ab. Es steht ihm also nicht zu, solange der Arbeitsvertrag noch läuft, und ihm daher der Arbeitgeber noch Sachleistungen zu gewähren hat. Dies besagt deutlich § 420 Abs. 2 Satz 1, und hierauf bezog sich unsere Auskunft S. 366 Ziff. 1. Der Arbeitgeber hat also der Kasse das Krankengeld nur zu erstatten, nachdem der Arbeitsvertrag bereits abgelaufen ist, d. h. für die Zeit, für die dem Versicherten die Sachleistungen nicht mehr zustehen. Eine doppelte Belastung des Arbeitgebers besteht somit nicht. Gewährt die Kasse Krankenpflege, so kann sie, wie aus dem Gesagten folgt, für die Dauer des Arbeitsvertrages einen Ersatz für den Unterhalt im Betrage des Krankengeldes vom Arbeitgeber nicht verlangen.

a) Abwicklung der Geschäfte einer geschlossenen Krankenkasse; Einziehung von Beitragsrückständen usw. b) Zusatzbeiträge für berechtigte Familienangehörige zu erheben.

16. Nach Groten-Westerholt. Antwort: a) Die Einziehung von Forderungen, also auch die Beitreibung rückständiger Beiträge gehört, wie überhaupt die Umsetzung des gesamten Kassenvermögens, an sich zu der nach § 301 RVO. dem Vorstande der geschlossenen Kasse obliegenden Abwicklung der Geschäfte; doch dürfen diese Maßnahmen insoweit unterbleiben, als sie nicht zur Befriedigung der Gläubiger oder zur Verteilung des Vermögensüberschusses an die nach § 303 berechtigten Kassen erforderlich sind. (Zu vgl. § 49 BGB.) Dann können auch die rückständigen Beiträge, wie sonstige Forderungen und Vermögensstücke, derjenigen Kasse, der das Restvermögen gebührt, überwiesen werden. Erst durch die vom Versicherungsamt auszusprechende Ueberweisung (§ 303 RVO.) aber wird die andere Kasse zur Einziehung solcher Forderungen ermächtigt. Diese Einnahmen sind als „sonstige" zu buchen, auch soweit sie aus Beitragsrückständen herrühren. Denn sie stellen nicht eigene Beitragsforderungen der vereinnahmenden Kasse, sondern überwiesenes Vermögen der geschlossenen Kasse dar.

b) Die Zusatzbeiträge sind von allen Mitgliedern mit berechtigten Familienangehörigen zu erheben. Es kommt also auf den Inhalt der Satzung an, z. B. ob diese bestimmt, daß nur gewisse im Haushalt des Mitgliedes lebende Angehörige Familienhilfe erhalten. Fehlt eine solche Beschränkung, so wird man nach den allgemeinen Grundsätzen über den Erfüllungsort der Kassenleistungen als berechtigt nur solche Angehörige ansehen können, die im Kassenbezirk wohnen oder außerhalb dieses Bezirkes am Wohn- oder Beschäftigungsorte des Mitgliedes leben. (Zu vgl. Arb.-Vers. 1912 S. 528 Ziff. 15.) — Sind nach der Satzung „Kinder" des Mitgliedes berechtigt, so gilt dies auch für uneheliche Kinder, wenn die Mutter Mitglied ist.

Erhöhte Kassenleistungen bei Betriebsunfällen.

17. Nach L. Antwort: Ihre erste Anfrage bezüglich der Ersatzkasse ist nicht recht klar. Von der 14. Woche ab nach dem Betriebsunfall ist der Unfallzuschuß natürlich nicht mehr zu zahlen. Wenn hingegen die Satzung ein höheres Krankengeld als das gesetzliche bewilligt, das die Hälfte des Grundlohns beträgt (§ 182 Ziff. 2 RVO.), so muß die Kasse das höhere satzungsgemäße Krankengeld auch noch von der 14. Woche ab gewähren; denn § 573 RVO. besagt nur, daß bei Betriebsunfällen „mindestens" die Regelleistungen der Krankenkassen zu gewähren sind. Das bedeutet aber nicht, daß bei Betriebsunfällen die Kasse statt der vielleicht höheren satzungsmäßigen Leistungen nur die Regelleistungen zu gewähren brauchte. Vielmehr bestimmt § 1501 ausdrücklich, daß die Leistungspflicht der Krankenkassen nicht dadurch berührt wird, daß ein Träger der reichsgesetzlichen Unfallversicherung zum Schadenersatz verpflichtet ist. Allerdings kann die Kasse, da die Satzung eine auf Grund des § 1511 erlassene Vorschrift enthält, das Krankengeld um den Betrag der gewährten Unfallrente kürzen. Etwaige Ersatzansprüche der Kasse gegen die Berufsgenossenschaft ergeben sich aus dem § 1501 ff. Für die Behandlung von Betriebsunfällen durch Zuschußkassen enthält das Gesetz keine zwingenden Vorschriften. Hier ist die Satzung maßgebend. Ersatzansprüche an den Träger der Reichsversicherung kann eine Zuschußkasse überhaupt nicht stellen.

§ 397 Abs. 1 RVO. gilt nicht für freiwillige Mitglieder.

18. Nach Wiesbaden. Antwort: § 397 Abs. 1 RVO. steht im Zusammenhange mit der nur für Pflichtmitglieder geltenden Meldepflicht der Arbeitgeber (§ 317) und bezieht sich nicht auf freiwillige Mitglieder. Die Beitragspflicht eines freiwilligen Mitgliedes erlischt daher, ohne Abmeldung sofort, wenn es durch Eintritt in eine versicherungspflichtige Beschäftigung Pflichtmitglied wird.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel
herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Dippe; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe; Geh. Regierungsrat Professor Dr. Laß, Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Rat Dr. Olshausen; Geheimrat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1069 der ganzen Folge

31. Jahrgang | 1. Juli 1914 | Heft 19

Die untere Verdienstgrenze als Voraussetzung der Krankenversicherungspflicht.

Von Magistratsassessor Dr. Goerlitz in Breslau.

Die Reichsversicherungsordnung kennt zwar ebensowenig wie das Krankenversicherungsgesetz eine bestimmte untere Grenze des Entgeltes, bis zu der eine Beschäftigung als krankenversicherungspflichtig anzusehen wäre; indessen unterliegt es keinem Zweifel, daß eine Tätigkeit, für die nur eine verschwindend geringe Vergütung gewährt wird, nicht als versicherungspflichtig behandelt werden darf. Zum Ausdrucke kommt dieser Gedanke in den auf Grund von § 168 der RVO. ergangenen Bestimmungen des Bundesrats über die Befreiung vorübergehender Dienstleistungen von der Krankenversicherungspflicht, laut Bekanntmachung des Reichskanzlers v. 17. November 1913 (Arb.-Vers. 1913 S. 848). Nach Nr. I 4 der Bestimmungen bleiben vorübergehende Dienstleistungen versicherungsfrei, wenn sie von Personen, die sonst keine berufsmäßige Lohnarbeit verrichten, zwar in regelmäßiger Wiederkehr, aber nur nebenher und gegen einen geringfügigen Entgelt ausgeführt werden. Der Wortlaut dieser Vorschrift entspricht der Nr. I b der zu § 4 Abs. 1 IVG. erlassenen und nach Art. 104 des Einf. Ges. zur RVO. in Kraft gebliebenen Bestimmungen des Bundesrats vom 27. Dez. 1899 (Arb.Vers. 1900 S. 76). Mit Rücksicht hierauf nimmt Seelmann im Zentralblatt der Reichsversicherung 1914 S. 56 Geringfügigkeit des Entgeltes und Versicherungsfreiheit auch auf dem Gebiete der Krankenversicherung dann an, wenn das vom Reichsversicherungsamte im Invalidenversicherungsrechte wiederholt als Maßstab angewandte Drittel des Ortslohnes nicht erreicht wird.

Die Auffassung von Seelmann führt wohl zu dem an sich wünschenswerten Ergebnis, daß die Kreise der gegen Krankheit und Invalidität Versicherten sich hinsichtlich der Geringbesoldeten decken, läßt aber einen nicht unerheblichen Teil der handarbeitenden Bevölkerung gegen Krankheit unversichert. In Breslau z. B. beträgt der Ortslohn für volljährige Frauen 1,80 M. Geht man von diesem Ortslohn aus, so würden alle Bedienungsfrauen, die monatlich weniger als 18 M. Entgelt hätten, und dies würden die weitaus meisten sein, wenigstens grundsätzlich „einen geringfügigen Entgelt" beziehen und krankenversicherungsfrei sein. Ein derartiges Ergebnis ist unhaltbar. Die Befreiung der gleichen Personen von der Invalidenversicherung kann hieran nichts ändern; legt doch das Gesetz größeres Gewicht auf die Versicherung gegen Krankheit als auf die gegen Invalidität. Es sei daran erinnert, daß eine Beschäftigung, für die als Entgelt nur freier Unterhalt gewährt wird, und die unentgeltliche Beschäftigung von Lehrlingen wohl Kranken-, aber nicht Invalidenversicherungspflicht begründet. Die versicherungsrechtliche Behandlung der Hausgewerbtreibenden und die verschiedene obere Begrenzung des regelmäßigen Jahresarbeitsverdienstes für

Digitized by Google

die beiden Versicherungszweige sind ebenfalls kennzeichnend.

Die Anwendung des einheitlichen Maßstabes von einem Drittel des Ortslohnes auf dem Gebiete der Kranken- und Invalidenversicherung ist aber noch aus einem anderen Grunde abzulehnen. Die Bundesratsbestimmungen enthalten beide eine Erläuterung des Begriffes „geringfügiger Entgelt", weichen aber hierbei von einander auffällig ab. Die für die Invalidenversicherung maßgebende Bestimmung vom 27. Dezember 1899 spricht von einem geringfügigen Entgelt, welches für die Dauer der Beschäftigung zum Lebensunterhalte *nicht ausreicht* und zu den für diese Zeit zu zahlenden Versicherungsbeiträgen nicht in entsprechendem Verhältnisse steht. Wenn auf dem Gebiete der Invalidenversicherung als ein zum Lebensunterhalte *nicht ausreichender* Entgelt ein unter einem Drittel des Ortslohnes zurückbleibender Verdienst gilt, so entspricht dies nur dem Grundsatze des Invalidenversicherungsrechtes, daß Rente erhalte, wer ein Drittel dessen, was andere Personen derselben Art unter den gleichen Verhältnissen zu verdienen pflegten, nicht mehr erwerben könne. Denn dieser Grundsatz verleiht dem Gedanken Ausdruck, daß ein Arbeitsverdienst von weniger als einem Drittel des Ueblichen zum Lebensunterhalte *nicht ausreiche*. Viel enger begrenzt die für die Krankenversicherung ergangene Bestimmung vom 17. November 1913 den Begriff „geringfügiger Entgelt"; sie erkennt einen solchen Entgelt dann an, wenn er für den Lebensunterhalt während des Zeitraumes, innerhalb dessen die Beschäftigung in regelmäßiger Wiederkehr ausgeübt wird, *nicht wesentlich* ist. Es ergibt sich ohne weiteres, daß ein Entgelt zum Lebensunterhalte zwar nicht ausreichen, für ihn jedoch wesentlich sein kann. Dies wird bei Personen, die auf eine Nebeneinnahme angewiesen sind, die Regel bilden. Das Erfordernis der Unwesentlichkeit schränkt mithin den Begriff „geringfügiger Entgelt" weit mehr ein, als es durch das Merkmal, der Entgelt reiche zum Lebensunterhalte nicht aus, geschieht. Das Mißverhältnis zwischen Entgelt und Versicherungsbeiträgen, das nach der Bestimmung vom 27. Dezember 1899 die Annahme eines geringfügigen Entgelts rechtfertigen soll, wird in der Bestimmung vom 17. November 1913 nicht erwähnt. Demnach wird ein geringfügiger Entgelt und damit Versicherungsfreiheit im Krankenversicherungsrechte seltener als im Invalidenversicherungsrechte gegeben sein. Dies steht mit der bereits erörterten Haltung des Gesetzes gegenüber den verschiedenen Versicherungszweigen im Einklang. Die Anwendung des einheitlichen Maßstabes von einem Drittel des Ortslohnes wird freilich dadurch ausgeschlossen.

Als obere Grenze des Begriffes „geringfügiger Entgelt" auf dem Gebiete der Krankenversicherung wird bisweilen der halbe Grundlohn dienen können. Ist der Grundlohn, wie üblich, nach der verschiedenen Lohnhöhe der Versicherten stufenweise festgesetzt, so wird man in dem halben Grundlohne oder der Krankengeldregelleistung der *untersten* Lohnklasse das Mindestmaß dessen, was zum Lebensunterhalte wesentlich ist, erblicken können. Ein Entgelt, der niedriger ist, darf unbedenklich als geringfügig bezeichnet werden. So erreicht man noch das erstrebenswerte Ziel, daß die Höhe des Arbeitsverdienstes von der des Krankengeldes, Mehrleistungen der Kasse ausgenommen, nicht übertroffen wird. Bei anderer Festsetzung des Grundlohnes wird die Berücksichtigung seiner Hälfte sich verbieten. Niemals darf freilich die Lage des Einzelfalles außer acht bleiben. Ist der Beschäftigte zum Beispiel anderen gegenüber unterhaltspflichtig, so wird ein geringerer Betrag, als wenn dies nicht der Fall ist, als wesentlich gelten müssen.

Digitized by Google

Das Genehmigungsverfahren für die Dienstordnungen der Krankenkassen.

Von Helmut Lehmann in Berlin-Baumschulenweg.

Die Oberversicherungsämter sind gegenwärtig am Werke, über die Dienstordnungen für die Angestellten der Krankenkassen zu entscheiden. Maßgebend hierfür sind die §§ 355, 356 RVO. Wenn es nach dem Wortlaut dieser Bestimmungen scheinen könnte, als ob über das zu beobachtende Verfahren keine erheblichen Meinungsverschiedenheiten auftreten werden, so hat die Praxis doch bereits gezeigt, daß die Stellungnahme einzelner OVAe. zu mancherlei Beschwerden der Kassenorgane geführt hat. Die Gestaltung der Dienstordnung wird weniger bei den neu errichteten Kassen auf Schwierigkeiten stoßen, als vielmehr bei den alten Kassen, die ihre geschichtlich gewordenen Personalverhältnisse dem neuen Recht anpassen müssen. Hier wird der Inhalt der Dienstordnung auch von dem Oberversicherungsamt mit besonders kritischem Auge geprüft werden, weil es doch der ausgesprochene Zweck der einschlägigen Vorschriften der RVO. sein sollte, die Anstellungsverhältnisse der schon vorhandenen Kassen einer scharfen Kontrolle der Versicherungsbehörden zu unterstellen.

Die Grundlage für die Gestaltung der Dienstordnungen gibt die in der Regel von der zuständigen obersten Verwaltungsbehörde aufgestellte Musterdienstordnung ab. Diese Muster sind, und das ist von den zuständigen Stellen auch betont worden, unverbindlich. Gleichwohl sehen die Oberversicherungsämter darauf, daß die Kassen möglichst wenig von dem amtlichen Muster abweichen, um die in der Begründung gewünschte Gleichmäßigkeit zu erzielen. Als ein wichtiger Grund, die Genehmigung einer Dienstordnung zu versagen, kann jedoch die Nichtbefolgung des Musters nicht angesehen werden. Als Beispiel eines solchen Grundes wird in § 355 Abs. 3 RVO. bezeichnet: auffälliges Mißverhältnis der Zahl oder der Besoldung der Angestellten zu ihren Aufgaben. Der wichtige Grund muß also im Inhalt der Vorschriften gegeben sein. Aber freilich wird auch ein wesentlicher Mangel des Verfahrens als ein solcher Versagungsgrund anzusehen sein.

Vor allem wird die Vorschrift über den Nachweis der fachlichen Befähigung zu Meinungsverschiedenheiten Anlaß geben. Nach § 352 RVO. hat die Dienstordnung diesen Nachweis zu regeln. Wie er geregelt werden soll, darüber enthalten die amtlichen Musterdienstordnungen sehr ausführliche Vorschläge. So sagt das preußische Muster, und andere Bundesstaaten sind darin gefolgt, daß der Nachweis durch Ablegung einer Prüfung zu fordern ist. Die Einführung förmlicher Prüfungen, obwohl ihre Zweckmäßigkeit stark bestritten ist, bildet aber weniger den Streitpunkt, als vielmehr die Vorschrift, daß die Prüfung durch eine Kommission abzunehmen ist, deren Vorsitzenden das Versicherungsamt bestellt. Der Vorsitzende soll außerdem das Recht haben, Beschlüsse der Kommission zu beanstanden. Ueber die Beanstandung soll das Versicherungsamt endgültig entscheiden. Diese Regelung findet nicht den Beifall vieler Kassenvorstände, weil danach in Wahrheit nicht sie, sondern die Vorsitzenden der Prüfungskommissionen, also mittelbar die Versicherungsämter, über die Besetzung der Stellen entscheiden.

Es muß zunächst bezweifelt werden, ob derartige Vorschriften zulässig sind. Die Kassenorgane sind nicht berechtigt, ihnen zugewiesene Aufgaben Dritten zu übertragen. Diesen Grundsatz hat das Reichsversicherungsamt in dem analogen Falle, wo in der Satzung eine dem Ausschuß obliegende Befugnis der Versicherungsbehörde übertragen werden sollte, aufgestellt (RVA. Beschlußsenat 18. X. 13, II 7754 K, in Monatsschr. f. Arb.- u. Angest.-Vers. 1914, S. 194). Es gehört zu den Kassenorganen gesetzlich zugewiesenen Aufgaben, daß sie über die Anstellung, also über deren sämtliche Vor-

Digitized by Google

aussetzungen, mithin auch über die fachliche Befähigung der Bewerber zu beschließen haben. Dieser Aufgabe dürfen sie sich nicht durch Uebertragung auf andere Personen entäußern. Inwieweit demgegenüber den Versicherungsbehörden bei Besetzung der Kassenstellungen ein Einspruchsrecht zusteht, ist in den §§ 349, 350 RVO. zwingend und erschöpfend geregelt. Dort ist auch der Rechtsweg bezeichnet, den die Vorschrift des preußischen Musters übrigens auch nicht innehält. Die Mitglieder des Vorstandes und des Ausschusses der Kasse dürfen danach einer solchen Vorschrift ihre Zustimmung nicht geben. Die Kassenvorstände haben daher häufig den amtlichen Vorschlag so geändert, daß *sie* die Entscheidung über das Ergebnis der Prüfung fällen. In anderen Fällen wieder ist es zu Meinungsverschiedenheiten innerhalb des Vorstandes und des Ausschusses über den Inhalt dieser Vorschriften gekommen, weil die Vertreter der Arbeitgeber an dem amtlichen Muster festhielten. Es kommt dann der Fall des § 355 Abs. 3 Satz 2 in Frage, d. h. das Oberversicherungsamt hat zu entscheiden. In einem solchen Falle hat das Oberversicherungsamt *Merseburg* der Fassung der Vorstandsmehrheit die Genehmigung versagt, und eine anderweite Regelung im Sinne des amtlichen Musters in der Dienstordnung angeordnet. Daß diese Entscheidung *materiell unbegründet* ist, ergibt sich aus dem Vorhergesagten. Aber auch das von dem Oberversicherungsamt eingeschlagene *Verfahren erscheint unzulässig*.

Maßgebend für das Verfahren ist § 355 Abs. 3 Satz 1: „Die Dienstordnung bedarf der Genehmigung des Oberversicherungsamts." Und Satz 3: „Ueber diese Bestimmungen (die die Mehrheit beider Gruppen in Vorstand und Ausschuß nicht gefunden haben) entscheidet das Oberversicherungsamt; im übrigen darf es der Dienstordnung die Genehmigung nur versagen, wenn ein wichtiger Grund vorliegt . . . ." Das Genehmigungsverfahren zerfällt also bei Nichtübereinstimmung innerhalb der Versicherungsorgane in zwei Teile. Soweit die Beschlüsse übereinstimmen, darf die Genehmigung nur aus einem wichtigen Grunde versagt werden; soweit sie nicht übereinstimmen, kann das Oberversicherungsamt frei entscheiden, ob es genehmigen will oder nicht. Ein wichtiger Grund ist für die Nichtgenehmigung nicht Voraussetzung. Es fragt sich jedoch, worüber, wie und nach welchen Formvorschriften zu entscheiden ist.

Das Oberversicherungsamt hat über „diese Bestimmungen (der Dienstordnung) zu entscheiden". Streng genommen sind diese Bestimmungen aber gar nicht vorhanden, sondern es ist ein Vacuum in der Dienstordnung, da eine Bestimmung die erforderliche Mehrheit nicht gefunden hat. Wenn die Reichsversicherungsordnung trotzdem von „Bestimmungen der Dienstordnung" spricht, so können damit nur solche gemeint sein, die zwar nicht die qualifizierte, wohl aber die einfache Mehrheit gefunden haben. Es soll dann das gleiche wie im Fall des § 349 Abs. 2 RVO. geschehen: die Versicherungsbehörde kann die mangelnde Mehrheit des einen Teils durch ihre Entscheidung ersetzen. *Wie* das Oberversicherungsamt zu entscheiden hat, wenn es die Genehmigung versagen will, ergibt sich daraus, daß die Fassung der §§ 355, 356 mit der Fassung der auf die Anstellung bezüglichen §§ 349 Abs. 3 und 350 sinngemäß übereinstimmt. Daß der Abs. 4 des § 355 bei Nichtgenehmigung jener Bestimmungen der Dienstordnung anzuwenden ist, kann gar nicht zweifelhaft sein, da es sich um einen Teil des Genehmigungsverfahrens handelt. Leider ist in § 355 und 356 nicht so ausführlich wie in § 350 darauf eingegangen, *wie* entschieden werden soll. Da die Regelung aber in gleicher Weise vorgeschrieben ist, muß sie auch in gleicher Weise durchgeführt werden. Bei der Nichtbestätigung der Anstellung hat das Versicherungsamt nach § 349, 350 *zunächst* lediglich die Bestätigung zu versagen und abzuwarten, ob Beschwerde eingelegt wird. Erst wenn die Bestätigung endgültig versagt wird, bestellt das Versicherungsamt die erforderlichen Personen. In gleicher Weise ist auch im Falle des § 355 Abs. 3 Satz 3

Digitized by Google

zu verfahren. Das Oberversicherungsamt kann die Genehmigung versagen und hat die Beschwerdefrist abzuwarten, erst wenn die Genehmigung durch die oberste Verwaltungsbehörde endgültig versagt oder die Beschwerdefrist abgelaufen ist, hat das Oberversicherungsamt eine Ergänzung anzuordnen und eine Frist zur Einreichung dieser Ergänzung festzusetzen. Verstreicht die Frist ergebnislos, so ist nach § 356 Abs. 2 zu verfahren. Das Verfahren des Oberversicherungsamts, ohne weiteres selbst eine Aenderung der Dienstordnung festzusetzen, ist unzulässig. Der Beschlußsenat des Reichsversicherungsamts hat am 18. X. 13 (Entsch. 1786 Amtl. Nachr. 1913 S. 826) bei Prüfung einer Kassensatzung ausgesprochen, daß das Oberversicherungsamt den Namen einer Kasse nicht ohne weiteres ändern darf, sondern nur zu prüfen hat, ob der in der Satzung vorgesehene Name zu genehmigen ist. Es kann lediglich die Genehmigung versagen. Entsprechend ist auch bei der Prüfung der Dienstordnung zu verfahren.

Streitig ist noch, welche Formvorschriften zu beachten sind. § 355 Abs. 3 Satz 3 sagt zwar, daß das Oberversicherungsamt zu *entscheiden* hat. Dies kann aber nicht so aufgefaßt werden, als ob es sich um eine Entscheidung handelt, gegen die nach § 1793 RVO. Beschwerde an das Reichsversicherungsamt zulässig ist. § 1793 schließt eine solche Beschwerde ausdrücklich aus, da das Gesetz für das Genehmigungsverfahren bei der Dienstordnung generell Beschwerde an die oberste Verwaltungsbehörde vorschreibt. Es handelt sich um ein Beschlußverfahren nach § 1780 RVO., jedoch ohne Mitwirkung der Beschlußkammer. Der Beschluß ist aber ebenso wie der nach § 324 RVO. zu begründen.

Anderer Meinung, wie hier vorgetragen, ist *Hoffmann*, S. 436 Anm. 9 zu § 355 RVO. Er ist zwar auch der Meinung, daß das Oberversicherungsamt ohne Beisitzer zu entscheiden hat, ob die Genehmigung erteilt oder versagt werden soll, doch erachtet er ein Beschwerderecht nicht als gegeben: „Daß es sich um eine selbständige, im Beschwerdeverfahren anfechtbare Entscheidung handeln soll, kann nicht angenommen werden". Dieser Ansicht kann man nur insofern beipflichten, als allerdings, wenn auch anderen Bestimmungen der Dienstordnung — aus einem wichtigen Grunde — die Genehmigung versagt wird, darüber gemeinsam zu entscheiden und die Beschwerde anzubringen ist. Dagegen wird man der besonderen Entscheidung über jene von einem Versicherungsorgan nicht mit doppelter Mehrheit beschlossenen Bestimmungen die Beschwerdefähigkeit nicht absprechen können, weil es sich doch immer um einen Teil des Genehmigungsverfahrens handelt. Dieser Auffassung ist auch *Hahn*, Handb. S. 487 Anm. zu § 355. Der Entwurf kannte die besondere Befugnis des Oberversicherungsamts zur Entscheidung bei mangelnder Einigung der beiden Gruppen nicht. Diese Vorschrift ist vom Reichstage dem Genehmigungsverfahren eingefügt worden, ohne jedoch für diesen Fall die Beschwerde auszuschließen.

Hat eine Doppelwaise einen doppelten Anspruch auf Waisenrente?

Von Landesobersekretär **Path** in **Kiel**.

In einer grundsätzlichen Entscheidung vom 24. Oktober 1913 (Amtl. Nachr. S. 818, Ziffer 1778)*) hat sich das Reichsversicherungsamt dahin ausgesprochen, daß die niedrigere Rente nach § 1318 Reichsversicherungsordnung auch dann zu ruhen hat, wenn eine Doppelwaise einen doppelten Anspruch auf Waisenrente hat. Mit anderen Worten: beim Tode des Vaters und der Mutter hat die Waise nur Anspruch auf die Waisenrente, die sich aus der Beitragsleistung für den Vater oder die Mutter in der Berechnung als die günstigere darstellt.

Der § 1318 RVO. lautet:

Treffen die Voraussetzungen für mehrere Renten auf Grund der Invaliden- und Hinter-

*) Siehe Arb.-Vers. Nr. 7 S. 167.

Digitized by Google

bliebenenversicherung zusammen, so ruht die niedrigere Rente von dem Tage des Zusammentreffens an.

Der § 29 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes, aus dem die hier fraglichen Bestimmungen hervorgegangen sind, bestimmt:

Dieselbe — nämlich die Altersrente — kommt in Fortfall, sobald dem Empfänger Invalidenrente gewährt wird, und § 48 Abs. 3 des späteren Invalidenversicherungsgesetzes sagt: Während des Bezuges von Invalidenrente ruht der Anspruch auf die Altersrente.

Insofern ist also der Begründung der in Rede stehenden Entscheidung des Reichsversicherungsamts nur zuzustimmen, wenn dort gesagt ist, daß in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung der Grundsatz durchgeführt ist, daß nur eine Rente zur Auszahlung gelangt, auch wenn an sich Anspruch auf mehrere Renten besteht. Dann heißt es in den Gründen der Entscheidung:

> Die Vorschrift des § 1318 RVO. gelangt aber auch dann zur Anwendung, wenn Anspruch auf mehrere Renten auf Grund verschiedener Versicherungsverhältnisse besteht. Nach der Begründung zum § 1304 des Entwurfs der RVO. (§ 1318 RVO.) soll auch beim Zusammentreffen der Voraussetzungen für die Witwen- und die Invalidenrente der Anspruch auf die niedrigere ruhen. (Begründung S. 411, auch S. 367). Die Witwenrente und die der Witwe auf Grund ihrer eigenen Beitragsleistung zustehende Invalidenrente sind aber Renten auf Grund verschiedener Versicherungsverhältnisse.

Wenn dann aber in der fraglichen Entscheidung weiter ausgeführt wird:

> Was hiernach beim Zusammentreffen der auf Grund der Beitragsleistung des verstorbenen Ehemanns zu gewährenden Witwenrente und der auf Grund der eigenen Beitragsleistung der Ehefrau zu leistenden Invalidenrente gilt, muß auch beim Zusammentreffen der auf Grund der Beitragsleistung des verstorbenen Vaters zu gewährenden Waisenrente und der auf Grund der Beitragsentrichtung der verstorbenen Mutter zu leistenden Waisenrente gelten. Auch der Umstand, daß für die wegfallende Witwenrente eine Ersatzleistung in der Gestalt des Witwengeldes und der Waisenaussteuer als Ergänzung zum Witwengeld bei Vorhandensein von Kindern unter 15 Jahren vorgesehen ist, während für eine nicht zur Auszahlung gelangende Waisenrente ein derartiger Ausgleich im Gesetz nicht geschaffen ist, kann angesichts des klaren Wortlauts des § 1318 RVO. an der Anwendbarkeit dieser Vorschrift beim Zusammentreffen eines doppelten Anspruchs auf Waisenrente nichts ändern. —

so entstehen hier die wesentlichsten Bedenken. Gewiß: der einfache Wortlaut, der eben den Ausdruck „Renten auf Grund der Hinterbliebenenversicherung" gebraucht, scheint die jetzt erfolgte Auslegung zu rechtfertigen, daß aber Sinn und Absicht des Gesetzes dieser Auslegung entgegenstehen, kann nach der Entstehungsgeschichte gar nicht zweifelhaft sein. Sie ergibt zunächst klar, daß der Gesetzgeber stets nur den Fall im Auge gehabt hat, wo sich der Versicherte und der Rentenempfänger in einer Person vereinigen, und wo aus dem einen Versicherungsverhältnis für dieselbe Person die Ansprüche entstehen. Das ist es, was in der Beurteilung der Frage besonders scharf ins Auge gefaßt werden sollte.

Die Hinterbliebenenversicherung ist eingeführt, aus der Erwägung heraus, der Frau und den Kindern, die den Ernährer nach allgemeinem Menschenschicksal verloren haben, eine Beihilfe im Witwen- und Waisenstande zu sichern. Nach Umfang und Höhe sollte die Hinterbliebenenfürsorge nicht soweit gehen, wie die Versorgung, welche die Unfallversicherung den Hinterbliebenen der durch Unfall getöteten Arbeiter gewährt. Und auch noch innerhalb der gezogenen Grenzen sollte sich die neue Versicherung auf die Befriedigung der dringendsten Fürsorgefälle zu beschränken haben. Den Schwerpunkt der Belastung glaubte man in den Ansprüchen der Witwen finden zu sollen, und darum hat auch hier die Beschränkung eingesetzt.

Vor allen Dingen sollte darauf Gewicht gelegt werden, daß die Waisen berücksichtigt würden, und daß erst in letzter Linie für die Witwen selbst die Fürsorge einzutreten hätte (Begr. des Entw. der RVO. Seite 396 ff.). Nur so wird erst verständlich, wenn es in der Begründung zu dem jetzigen § 1318 heißt:

> Der Wortlaut des § 48 Abs. 3 des Invalidenversicherungsgesetzes kann zu der Annahme verleiten, daß beim Zusammentreffen von Invalidenrente und Altersrente stets der Anspruch auf die Letztere ruhe. Daß dies der Gesetzgeber nicht gewollt haben kann, bezeugt die feststehende Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts. Es empfiehlt sich, die Vorschrift wie im § 1304 des Entwurfes zu fassen. Danach wird auch beim Zusammentreffen der Voraus-

Digitized by Google

setzungen für die Witwen- und die Invalidenrente der Anspruch auf die niedrigere ruhen.

Die Witwe und nur diese wollte man ausgesprochenermaßen beschränken. Das ist auch geschehen; für sie wurde der Ausgleich durch Gewährung des Witwengeldes geschaffen. Nur so ergibt sich auch der Zusammenhang, wenn in der vorstehend wiederholten Begründung nur von dem Ruhen beim Zusammentreffen von Invaliden- und Altersrente und Invaliden- und Witwenrente gesprochen wird. Sonst hätte sich doch ohne Schwierigkeiten eine andere Wortfassung finden lassen, und es hätte doch nahegelegen, an irgend einer Stelle der Begründung zu erörtern, warum den Waisen in Fällen dieser Art, der den Witwen, also den an sich nicht begünstigten, zugestandene Ausgleich versagt bleiben sollte.

Dazu kommt, daß der Grundsatz „nur eine Rente" im Gesetz auch nicht in dem Maße ausgeprägt ist, um als Regel angesehen werden zu können. Denn in denjenigen Fällen, wo die Invalidenrente nicht ausschließlich oder überwiegend die Folge eines von der Berufsgenossenschaft entschädigten Unfalles ist, wird neben der Unfallrente auch die Invalidenrente gewährt, soweit beide zusammen nicht den 7½fachen Grundbetrag der Invalidenrente übersteigen (§ 1311 RVO.). Es muß auch sowohl bei der Invalidenrente des Vaters, wie bei derjenigen der Mutter, der aus § 1291 zu zahlende, allerdings einen untrennbaren Teil dieser Rente bildende Kinderzuschuß gewährt werden, und endlich wird der Anspruch auf Waisenaussteuer nicht dadurch ausgeschlossen, daß eine Waisenrente wegen der höheren Unfallwaisenrente nicht gewährt werden kann (Amtl. Nachr. des RVA. 1913, S. 480, Ziff. 1708).

Waisenrente erhalten, sofern die Voraussetzungen über Wartezeit und Anwartschaft erhalten sind, nach dem Tode des versicherten Vaters seine ehelichen Kinder und nach dem Tode einer Versicherten ihre vaterlosen Kinder unter 15 Jahren (§ 1259 RVO). Sie wird auch (§ 1260) weiter gewährt nach dem Tode einer versicherten Ehefrau eines erwerbsunfähigen Mannes, die den Lebensunterhalt ihrer Familie ganz oder überwiegend aus ihrem Arbeitsverdienst bestritten hat, solange sie bedürftig sind. Es kann also — und die Tatsachen bestätigen dies — der Vater, wenn er invalide ist, neben seiner eigenen Rente, auch die Waisenrente für seine Kinder in Anspruch nehmen und beziehen und ebenso die Mutter, wenn sie invalide und der Ehemann gestorben ist. Sterben aber beide, geht also das wenige, was der Vater oder die Mutter noch mit haben erwerben können, verloren, und tritt damit die Not des Lebens an die dann doppelt verwaisten Kinder erst recht heran, dann sollen sie von zweien nur die für sie günstigere eine Rente haben. Das kann gar nicht die Absicht des Gesetzgebers gewesen sein, stände ja auch in einem unlösbaren Widerspruch zu den oben wiedergegebenen Ausführungen in der Begründung zu dem Entwurfe des Gesetzes. Aber auch ohne dem Wortlaut des Gesetzes einen Zwang anzutun, und ohne die sonst doch allgemein anerkannte wohlwollende Auslegung, erscheint es angängig, zu einer entgegengesetzten Rechtsauffassung gelangen zu können, wenn nur die Auslegung der in Rede stehenden gesetzlichen Bestimmungen aus der Entstehungsgeschichte heraus erfolgt und diese in den Vordergrund gerückt wird.

Dann kann es nicht wohl zweifelhaft sein, daß der Gesetzgeber zwar die Beschränkung auf eine Rente aus demselben Versicherungsverhältnis für denselben Versicherten gewollt hat, daß hiervon auch die Witwe, selbst beim Zusammentreffen verschiedener Versicherungsverhältnisse getroffen werden sollte, daß aber diese Absicht bei Doppelwaisen nicht bestanden hat. Hier mit Versicherungsverhältnissen und Waisenrenten getrennt nach dem Vater und der Mutter zu rechnen, erscheint nur gerecht.

So, wie die Rechtsprechung jetzt lautet, sind die Doppelwaisen in dem Falle der hier besprochenen Art ungünstiger gestellt, wie unter der bisherigen Gesetzgebung; derzeit kam ihnen nach § 44 IVG. wenigstens die Erstattung der Beiträge zugute. Daß für sie aber mit Absicht eine Verschlechterung sollte herbeige-

Digitized by Google

führt worden sein, wird wohl niemand behaupten wollen.

Ich kann nur empfehlen, die Frage bei gegebener Gelegenheit noch einmal auf dem Revisionswege zum Austrag zu bringen und den Versuch zu machen, eine Entscheidung des Großen Senats des Reichsversicherungsamts herbeizuführen.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Ein nach § 169 RVO. Befreiter kann sich nicht nach § 313 weiterversichern.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Merseburg** v. 11. Mai 1914.

Nach § 313 RVO. steht einem Kassenmitgliede, welches aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheidet, das Recht zu, sich in einer niederen Klasse oder Lohnstufe freiwillig weiter zu versichern. Diese Gesetzbestimmung stützt den Anspruch des Beschwerdeführers nicht, denn er ist nicht aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausgeschieden. R. unterliegt infolge seiner versicherungspflichtigen Beschäftigung der Krankenversicherungspflicht. Wenn er nun als Gemeindebeamter durch die Vergünstigung des § 169 RVO. für versicherungsfrei erklärt worden ist, und trotzdem Mitglied der Kasse werden will, so kann er nur als freiwillig beigetretenes Mitglied, aber nicht als Weiterversicherer im Sinne des § 313 RVO. angesehen und behandelt werden. Dann steht aber der Kasse das Recht zu, ihn der seinem Einkommen entsprechenden Stufe zuzuweisen. Auf die Vergünstigung des § 313 a. a. O. hat Beschwerdeführer keinen Anspruch.

Anmerkung: Zu vgl. die Auskunft hier Heft 13 S. 316 Ziff. 1.

Familienhilfe für „Stiefkinder", dazu gehört auch das voreheliche Kind der Ehefrau eines Mitgliedes.

Urteil des Preuß. Oberverwaltungsgerichts, 3. Senats, v. 9. Februar 1914.

Der klagende Armenverband verlangt von der beklagten Kasse Erstattung der Kosten, die er für das voreheliche Kind der Frau eines Kassenmitglieds aufgewendet hat. Die Satzung der Kasse billigt den erkrankten Familienangehörigen von Mitgliedern freie ärztliche Behandlung zu und bezeichnet in Abs. 3 unter b als Familienangehörige „die Kinder, auch Stiefkinder, die das 15. Lebensjahr noch nicht überschritten haben." Die Kasse verweigert die Erstattung, weil voreheliche Kinder einer Frau nicht Stiefkinder ihres Mannes seien. Der Bezirksausschuß hat sich auf denselben Standpunkt gestellt und die Klage abgewiesen. Die vom Armenverband eingelegte Revision ist für begründet erachtet worden.

Das Stiefverhältnis ist in der Umgangssprache der Ausdruck für eine Art der Schwägerschaft, d. i. des Verhältnisses zwischen dem einen Ehegatten und den Verwandten des anderen. Die Schwägerschaft umfaßt eheliche und uneheliche Verwandte des anderen Ehegatten gleichmäßig, da der § 1590 BGB. nichts anderes bestimmt. Wenn § 1589 Abs. 2 BGB. sagt: „ein uneheliches Kind und dessen Vater gelten nicht als verwandt", so ergibt sich daraus, daß das uneheliche Kind mit seiner Mutter und deren Verwandten im Vollsinne verwandt ist, und daß zwar im Verhältnisse zwischen dem unehelichen Kinde und seinem Vater die Verwandtschaft, aber nicht zwischen dem unehelichen Kinde einer Frau und deren Manne die Schwägerschaft ausgeschlossen ist. Ausdrücklich anerkannt wird das Schwägerschaftsverhältnis zwischen dem Manne und dem unehelichen Kinde seiner Frau von Staudinger, Note 3d zu § 1590 BGB. Wenn Dernburg im 4. Bande seines Reichsprivatrechts, S. 239 oben, sagt: „die Schwägerschaft ergreift nur diejenigen Verwandten des Gatten, welche während der Ehe geboren, mindestens erzeugt waren," so kann dahingestellt bleiben, ob dieser Satz unter irgend welchen besonderen Voraussetzungen zutreffend ist; jedenfalls entbehrt er jeder Begründung in bezug auf das Verhältnis des Ehemannes zu dem vor Eingang der Ehe geborenen unehelichen Kinde seiner Frau. Wenn Fischer und Hehnle in Note 1 zu § 1590 BGB. bemerken: „uneheliche Verbindung erzeugt keine Schwägerschaft", so soll damit offenbar nur gesagt werden, daß der außereheliche Verkehr keine Schwägerschaft erzeugt; es hat aber jedenfalls nicht geleugnet werden sollen, daß in einem Falle wie dem hier vorliegenden ein Schwägerschaftsverhältnis bestehe.

Daraus folgt, daß Familienangehöriger im Sinne des § 9 der Satzung der Beklagten das voreheliche uneheliche Kind der Frau eines Kassenmitgliedes jedenfalls dann ist, wenn das Mitglied dies Kind in den Familienkreis aufgenommen und die Fürsorge für das Kind wie für einen Angehörigen übernommen hat.

Daß eine statutarische Bestimmung, die alle Kinder, auch die Stiefkinder, zu den Familienangehörigen eines Kassenmitgliedes rechnet, sich

Digitized by Google

im Rahmen der durch § 21 Ziff. 5 KVG. gegebenen gesetzlichen Ermächtigung hält, ist unbedenklich. Der Begriff der Familienangehörigen ist kein geschlossener; er ist, soweit es sich um die Auslegung des § 21 KVG. handelt, zweckmäßig durch das Statut der Kasse näher zu bestimmen. Aber auch wo es an einer solchen näheren Bestimmung fehlt, ist der Begriff Familienangehörige nicht auf die Frau und die Kinder des Kassenmitgliedes beschränkt, wie sich aus der Begründung zur Novelle vom Jahre 1892 (Stenogr. Ber. S. 2985, 2988; zu vgl. Hahn, Note 6c zu § 6a KVG. S. 103 seines Kommentars zum KVG., 6. Aufl.) mit Sicherheit ergibt. Demgemäß hat das Oberverwaltungsgericht, ohne die Grundlage einer besonderen statutarischen Bestimmung über den Begriff der Familienangehörigkeit zu haben, in seiner Entsch. v. 15. Februar 1909, Arb.-Vers. 1909 S. 581, ausgesprochen, daß zu den Kindern im Sinne der Satzung der beklagten Kasse auch diejenigen Kinder des Ehegatten des Kassenmitgliedes gehören, die vor Abschluß der Ehe mit dem Kassenmitgliede geboren sind (so auch Olshausen in Note 3 zu § 205 der RVO.).

Die Satzung kann nicht eine Gebühr auferlegen für den Fall, daß beim Ausscheiden der Abdruck der Satzung usw. nicht zurückgegeben wird. — Versagung des Krankengeldes nach § 192 RVO. kann nicht dem Vorstand überlassen werden.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** v. 8. November 1913.

a) Der § 3 Abs. 2 der Satzung hat folgenden Wortlaut: „Jedes Mitglied erhält unentgeltlich gegen Empfangsbescheinigung einen Abdruck der Satzung und der Krankenordnung (§ 25 Abs. 7) nebst einem Aufnahmeschein. Auch von den Aenderungen und Ergänzungen der Satzung erhält jedes Mitglied einen Abdruck. Die Satzung und Krankenordnung sowie der Aufnahmeschein sind sorgfältig aufzubewahren. Wenn sie beim Ausscheiden aus der Kasse nicht zurückgeliefert werden, so ist von dem Kassenmitgliede für die Satzung eine Gebühr von fünfzig Pfennig, für die Krankenordnung und den Aufnahmeschein eine solche von je zwanzig Pfennig zu entrichten. Dieselben Gebühren sind zu zahlen, wenn abhanden gekommene Satzungen, Krankenordnungen oder Aufnahmescheine durch neue ersetzt werden müssen."

Das Oberversicherungsamt (Beschlußkammer) hat dem vierten Satze der vorstehend mitgeteilten Bestimmung die Genehmigung versagt mit der Begründung, daß nach dem Wortlaute des § 325 RVO. eine Gebühr „bei Nichtrückgabe der Satzung usw." nicht gefordert werden könne (zu vgl. von Frankenberg, Anm. 2 zu § 325 a. a. O.). Hiernach hat sich das Beschwerdegericht im vorliegenden Falle auf die Prüfung der Frage zu beschränken, ob von einem Mitglied bei seinem Ausscheiden aus der Kasse ein Entgelt für den Fall gefordert werden darf, daß es die Satzung, die Krankenordnung und den Aufnahmeschein nicht zurückgibt. Dies mußte, und zwar im wesentlichen aus den von der Vorinstanz angestellten Erwägungen verneint werden. Nach § 325 erhält jedes Mitglied unentgeltlich einen Abdruck der Satzung und ihrer Aenderung. Der Begründung zur Reichsversicherungsordnung (S. 201) ist zu entnehmen, daß diese Vorschrift insoweit nur den bisherigen Rechtszustand (§ 24 Abs. 3 KVG.) festlegen sollte. Schon unter dem früheren Recht, das die Unentgeltlichkeit der Ueberlassung nicht ausdrücklich forderte, überwog die Ansicht, daß eine besondere Abgabe für Statutabdruck und Quittungsbücher nicht beansprucht werden könnte (zu vgl. Hahn, Komm. z. KVG. 6. Aufl. Anm. 1 zu § 29). Durch die von der Kasse beabsichtigte Erhebung einer Gebühr für den Fall, daß die Satzung beim Ausscheiden des Mitgliedes nicht zurückgeliefert wird, würde dieser Grundsatz der unentgeltlichen Ueberlassung nicht ausreichend gewahrt werden, da hierdurch die Zahlung von Kosten für die Lieferung eines Stückes der Satzung nur hinausgeschoben würde. Daß aber durch § 325 RVO. etwa nur die unentgeltliche leihweise Ueberlassung eines Stückes der Satzung an jedes Mitglied für die Dauer seiner Mitgliedschaft und damit auch die Pflicht zur Rückgabe beim Ausscheiden oder zum Schadenersatze, falls Rückgabe unmöglich ist, gesetzlich festgelegt werden sollte, ist nicht anzunehmen. Für die bloße Benutzung eines Satzungsabdrucks für die Dauer der Mitgliedschaft ein Entgelt zu fordern, konnte ernstlich nicht in Frage kommen, das brauchte daher durch das Gesetz nicht erst untersagt zu werden. Offenbar sollte bei der Geringfügigkeit des hier im Einzelfall in Betracht kommenden Betrages durch jene Vorschrift jeder Anlaß zu Streitigkeiten tunlichst beseitigt werden, und dies kann nur dadurch geschehen, daß die Ueberlassung des Satzungsabdrucks ein für alle Mal unentgeltlich erfolgt und auch aus ihrer unterbliebenen Rückgabe jedenfalls ein Anspruch auf Ersatz ihres Wertes oder auf Zahlung einer Gebühr nicht hergeleitet werden darf. Ob überhaupt die Rückgabe der Satzung von dem ausgeschiedenen Mitglied verlangt werden kann, war hier nicht zu erörtern, da insoweit die Satzung vom Oberversicherungsamte nicht beanstandet worden ist.

Die Mitteilung der Krankenordnung an jedes Kassenmitglied ist gesetzlich nicht ausdrücklich an-

Digitized by Google

geordnet. Im Gegensatz zum früheren Rechte kann die Krankenordnung mit Rücksicht auf ihr selbständiges, besonders geregeltes Zustandekommen (zu vgl. § 347 RVO. und die Begr. hierzu S. 206 ff.) nicht mehr als rechtlicher Bestandteil der Satzung gelten. Mithin findet auch § 325 RVO. auf sie nicht ohne weiteres Anwendung. Ob die Mitteilung eines Abdrucks der Krankenordnung an jedes Kassenmitglied schon deshalb geboten ist, weil ihm andernfalls Rechtsnachteile aus ihrer Nichtbefolgung nicht entstehen können (zu vgl. Entsch. des Bad. Verwaltungsgerichtshofs v. 16. September 1902, Reger 23 S. 247), ist im vorliegenden Falle im Hinblick auf die die ihre Mitteilung anordnende Satzungsbestimmung nicht zu entscheiden. Legt sich aber wie hier die Kasse die Pflicht auf, jedem Mitglied einen Abdruck der Krankenordnung zu überlassen, so kann sie hierfür in keinem Falle eine Gebühr oder einen sonstigen Ersatz der ihr hierdurch entstehenden Kosten fordern. Diese Mitteilung ist nicht anders zu beurteilen wie alle anderen Willenserklärungen oder sonstigen Bekanntmachungen, welche die Kasse ihren Mitgliedern auf schriftlichem Wege macht. Die hierdurch entstehenden Aufwendungen gehören zu den Verwaltungskosten, die aus den allgemeinen Einnahmen zu bestreiten sind. Das gleiche gilt für den Aufnahmeschein. Die schriftliche Bescheinigung der Mitgliedschaft in einer besonderen Urkunde schreibt die Reichsversicherungsordnung für die Krankenversicherung im Gegensatz zur Unfallversicherung (§§ 659, 667 RVO.) nicht vor. Erfolgt sie gleichwohl, so ist sie rechtlich nicht anders zu beurteilen wie jedes andere Schreiben, das die Kasse einem Mitglied zugehen läßt. Ob die Krankenordnung und der Aufnahmeschein zurückverlangt werden können, war hier aus dem bereits angegebenen Grunde nicht zu prüfen.

b) Die Satzung bestimmt im § 10 Ziff. 4 Abs. 1 folgendes: „Der Kassenvorstand ist befugt, Kassenmitgliedern, die die Kasse durch eine strafbare Handlung geschädigt haben, die mit dem Verluste der bürgerlichen Ehrenrechte bedroht ist, für die Dauer eines Jahres nach der Straftat, sowie solchen Kassenmitgliedern, die sich eine Krankheit vorsätzlich oder durch schuldhafte Beteiligung bei Schlägereien oder Raufhändeln zugezogen haben, für die Dauer dieser Krankheit, das Kassengeld ganz oder teilweise zu versagen."

Das Oberversicherungsamt hat diese Bestimmung insoweit nicht genehmigt, als die völlige oder teilweise Versagung des Krankengeldes in das freie Ermessen des Vorstandes im Einzelfalle gestellt wird. Aus dem Wortlaut des § 192 RVO. „Die Satzung kann" (anstatt „die Kasse kann") sei zu folgern, daß hierüber die Satzung eine allgemein gültige Norm enthalten müsse, die in jedem Falle gleichmäßig anzuwenden sei (zu vgl. Hahn, Handb. d. KrVers. I Anm. 1 zu § 192). Dieser Auslegung des Gesetzes hat sich das Beschwerdegericht angeschlossen. Die Entstehungsgeschichte der §§ 21, 26a KVG., aus denen die §§ 188 ff. RVO. hervorgegangen sind, läßt zweifelsfrei erkennen, daß die Erhöhung der Kassenleistungen und damit ebenso deren Kürzung und Versagung dem freien Ermessen des Kassenvorstandes im Einzelfall entzogen, die Voraussetzungen für die Bewilligung oder Versagung dieser Leistungen vielmehr in allgemein gültiger Weise durch die Satzung festgelegt werden sollen (zu vgl. Entsch. des Preuß. OVG. v. 11. Oktober 1886 — unter Berücksichtigung der gesetzgeberischen Vorarbeiten — Bd. 14 S. 349, des Bayer. Verwaltungsgerichtshofes v. 5. Juni 1893 Reger, Bd. 13 S. 376, zu vgl. auch Hahn, Komm. z. KVG. 6. Aufl. Anm. 1 zu § 21, Anm. 2 zu § 26a a. a. O.). Demgemäß wird die Kasse hier die Satzung dahin abzuändern haben, daß unter Ausschaltung des freien Ermessens im Einzelfalle die Voraussetzungen bestimmt bezeichnet werden, unter denen das Krankengeld versagt oder gekürzt wird; auch ist im letzteren Falle die Höhe der Kürzung festzulegen.

Die Beschaffung ärztlicher Behandlung darf nicht den Versicherten überlassen, sondern muß durch Verträge mit Ärzten usw. gesichert werden.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** v. 6. Dezember 1913.

Die Kasse beabsichtigt, in einzelnen Teilen ihres Bezirkes den Versicherten die Beschaffung ärztlicher Hilfe zu überlassen, ohne Verträge mit Aerzten abzuschließen. Es ist durchaus möglich, daß auch dort, wo Arztverträge nicht abgeschlossen werden, die ärztliche Behandlung der erkrankten Kassenmitglieder praktisch keinen Schwierigkeiten begegnet. Gegenüber diesem vertragslosen Zustand erheben sich aber grundsätzliche, aus den §§ 182, 368 RVO. herzuleitende Bedenken.

Die Leistungen der Krankenversicherung, auf welche die Versicherten Anspruch haben, sind in der Art zu gewähren, die das Gesetz vorschreibt. Es ist unzulässig, an Stelle der im Gesetze bestimmten Sachleistungen Barleistungen oder an Stelle der Barleistungen Sachleistungen zu gewähren (zu vgl. Entsch. des Preuß. OVG. v. 23. März 1903, Arb.-Vers. 1903 S. 533, Hoffmann, Anm. 3 zu § 182 RVO., Hahn, Handb. KrVers. Anm. 3 ebenda u. Anm. 6 oben). Dies gilt insbesondere für die ärztliche Behandlung, welche den Versicherten als ein Teil der Krankenpflege nach § 182 Nr. 1 RVO. zu gewähren ist. Nur in Ausnahmefällen, soweit es die Satzung mit gesetzlicher Ermächtigung bestimmen

Digitized by Google

kann (§ 193 Abs. 3) oder beim Vorliegen besonderer Tatumstände (§§ 217, 370), kann Krankengeld an Stelle der ärztlichen Behandlung gewährt werden. Aehnlich hat der Versicherte auch in dringenden Fällen, wo eine Inanspruchnahme der ärztlichen Behandlung seitens der Kasse nicht möglich war, einen Ersatzanspruch wegen seiner Auslagen (§ 368 Satz 2). Im übrigen ist die ärztliche Behandlung aber in Natur zu leisten. Folgerichtig wird man es also nicht für zulässig erachten können, daß die Kasse die Beschaffung der ärztlichen Behandlung den Versicherten überläßt (übereinstimmend Hoffmann, Komm. z. RVO. Anm. 3 zu § 182, anderer Meinung Hahn, Anm. 3 ebenda). Denn sie gibt damit von vornherein zu erkennen, daß sie in Erkrankungsfällen nicht die Sachleistung als solche gewährt, sondern an ihre Stelle einen baren Ersatzanspruch des Versicherten, der mit einem Arzte seiner Wahl einen privatrechtlichen Dienstvertrag auf Gewährung ärztlicher Hilfe schließen und damit auch allein für das ärztliche Honorar haftbar werden müßte, treten lassen will. Damit genügt die Kasse ihrer Sachleistungspflicht nicht. Wenn dieses Verfahren in dringenden Fällen für zulässig zu erachten ist, so wird damit keine auch in anderen Fällen anwendbare Regel anerkannt. Vielmehr liegt dann ein Ausnahmezustand vor, bei dem notwendig eine Barleistung an Stelle der Sachleistung treten muß, weil in diesem Falle die Kasse die schon vollzogene Sachleistung ihrerseits als solche nicht mehr gewähren kann.

Auch aus anderen Erwägungen ist die Unzulässigkeit der von der Kasse beabsichtigten Regelung der ärztlichen Behandlung herzuleiten. Die Krankenkassen haben die ärztlichen Behandlungen zu „gewähren". Sie sollen nach der Absicht des Gesetzes ihrerseits für die Gewährung der nötigen Aerztehilfe sorgen (Entsch. d. Bayer. Verwaltungsgerichtshofs v. 23. April 1894, Reger Bd. 14 S. 381). Dieser Verpflichtung genügen die Kassen nicht schon dadurch, daß sie den Versicherten die Beschaffung der ärztlichen Behandlung überlassen und lediglich die hierdurch entstehenden Kosten übernehmen. Dies könnte vielleicht dann als ausreichend angesehen werden, wenn die Aerzte ohne weiteres die Behandlung Erkrankter übernehmen müßten. Eine allgemeine Behandlungspflicht besteht aber für die Aerzte als Angehörige eines freien Berufsstandes nicht. Ihre Beziehungen zu den Erkrankten regeln sich vielmehr nach den Vertragsgrundsätzen des Bürgerlichen Rechts. Es unterliegt ihrer Entschließung, ob sie die ärztliche Behandlung eines Erkrankten übernehmen wollen oder nicht, und welche Abmachungen sie in dieser Hinsicht, insbesondere wegen der Bezahlung ihrer Leistungen, treffen wollen. Ein Arzt ist also in der Lage, die Behandlung von „Kassenpatienten" grundsätzlich abzulehnen, und zwar auch dann, wenn sie auf Grund eines rein privatrechtlichen Abkommens zwischen Arzt und Patient erfolgen soll. Wie die praktischen Erfahrungen gezeigt haben, wird von dieser Befugnis namentlich von vielbeschäftigten Aerzten Gebrauch gemacht. Die Aerzte werden die vielfach wenig bemittelten Kassenpatienten wegen der möglichen Gefährdung ihrer Honorarforderung nicht schon deshalb behandeln, weil dem Erkrankten gegenüber der Kasse unter Umständen ein Anspruch auf Ersatz seiner baren Auslagen zusteht. Denn die Ersatzforderung des Versicherten gegen eine Kasse geht nicht ohne weiteres auf den Arzt über, auch würde dieser gegenüber der Kasse durch die staatlichen Gebührenordnungen vielfach auf die Forderung bestimmter Mindestsätze beschränkt sein. Hieraus ergibt sich, daß bei einem vertragslosen Zustand die ärztliche Behandlung der Kassenmitglieder gefährdet sein kann, worauf auch § 370 RVO. ausdrücklich hinweist. Diese Gefährdung würde im vorliegenden Falle schon dann eintreten, wenn in den dünn bevölkerten Landkreisen des Kassenbezirkes unter der geringen Zahl der in Betracht kommenden Aerzte keiner zur Privatbehandlung des Erkrankten bereit ist. Diesen Schwierigkeiten müssen die Kassen ihrerseits dadurch begegnen, daß sie selbst die ärztliche Behandlung zur Verfügung der Kassenmitglieder stellen, was nur dadurch geschehen kann, daß die Kassen mit Aerzten in Beziehung treten und vertraglich eine rechtliche Bindung der Aerzte wegen der Gewährung ärztlicher Hilfe zugunsten erkrankter Kassenmitglieder herbeiführen. Der Inhalt der Abmachungen, durch welche die Kassen die ärztliche Behandlung sicherstellen, kann ein verschiedener sein. Sie werden sich sogar zweckmäßig den bei den einzelnen Kassen verschiedenen Verhältnissen anzupassen haben. Nur ist daran festzuhalten, daß durch diese Vereinbarungen die Pflicht der Aerzte zur Behandlung der Versicherten grundsätzlich festgelegt werden muß. Es ist zutreffend, wenn die Beschwerde ausführt, daß die Kasse in der Regelung der Aerztefrage freie Hand habe. Sie ist nach dem Gesetze nicht genötigt, etwa nur mit einzelnen bestimmten Aerzten Verträge zu schließen. Sie kann die ärztliche Behandlung auch im Benehmen mit ärztlichen Vereinigungen, Standeseinrichtungen oder deren Bevollmächtigten regeln. Auf diese Weise kann sie allerdings auch eine unbeschränkte freie Arztwahl in dem Sinne einführen, daß sie sämtlichen Aerzten eines Bezirkes, die einer ärztlichen Vereinigung angehören oder die den Bedingungen eines mit dieser Vereinigung abgeschlossenen allgemeinen Arztvertrags beizutreten gewillt sind, Recht und Pflicht zur ärztlichen Behandlung der Kassenmitglieder überträgt. Immer wird aber ver-

Digitized by Google

langt werden müssen, daß die Kasse mit Aerzten oder ärztlichen Vereinigungen wegen der ärztlichen Behandlung in vertragliche Beziehung tritt. Für diese Beziehungen schreibt § 368 Satz 1 der RVO. schriftliche Form vor. Die Bedeutung dieser Vorschrift ist also nicht lediglich die, daß die Kasse nur dann schriftliche Verträge abschließen müsse, wenn und insoweit sie Beziehungen zu Aerzten unterhält (anderer Meinung Hahn, Anm. 1a zu § 368). § 368 setzt vielmehr das Bestehen solcher vertraglichen Beziehungen, die auch im finanziellen Interesse der Kassen geboten sind, als selbstverständlich voraus.

Hiernach muß angenommen werden, daß die seitens der Kasse in Aussicht genommene Regelung der Arztfrage den gesetzlichen Anforderungen nicht genügt. Der Kasse muß es überlassen bleiben, für ihren ganzen Bezirk die Gewährung ärztlicher Behandlung an die Kassenmitglieder unter Beachtung der oben erwähnten Gesichtspunkte sicherzustellen und eine entsprechende Regelung in der Satzung nach § 321 Nr. 2 zu treffen.

Anmerkung: Wir haben Herrn Geh. Justizrat Hahn, im Hinblick auf seine abweichenden Ausführungen, um eine Aeußerung ersucht. Er schreibt uns: „Ich überzeuge mich durchweg von der Richtigkeit der Entscheidung und muß meine abweichende Ansicht danach berichtigen."

Die Satzung der Krankenkasse darf wegen Verfehlungen gegen § 529 RVO. keine andere Strafe androhen.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts v. 20. Dezember 1913.

Der § 7 der Satzung (Anspruch auf Kassenleistungen) enthält folgende Bestimmung: „Der Vorstand kann gegen Mitglieder, die der Krankenordnung oder den Anordnungen des Arztes zuwiderhandeln, eine Strafe bis zum dreifachen Betrage des täglichen Krankengeldes für jeden einzelnen Uebertretungsfall festsetzen, und außerdem die Kassenleistungen bis auf die Regelleistungen entziehen."

Das Oberversicherungsamt beanstandet die hier als Strafe beabsichtigte Herabminderung der Kassenleistungen auf die Regelleistungen. In den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung sei eine derartige Maßnahme nicht begründet. Vielmehr müßten die Strafvorschriften des § 529 als eine genügende Handhabe zur Erzwingung der Befolgung der Krankenordnung und der Anordnungen des Arztes erachtet werden. Dieser Rechtsauffassung mußte im Ergebnisse beigetreten werden.

Der § 529 RVO. entspricht dem bisherigen Rechte, insbesondere dem § 26a Abs. 2 Ziff. 2a des Krankenversicherungsgesetzes mit der durch Einführung der Krankenordnung bedingten Maßgabe (Begr. z. RVO. S. 253). Es bedarf hier keines Eingehens auf die umstrittene Frage, ob die Träger der Arbeiterversicherung als Körperschaften öffentlichen Rechts auf Grund der ihnen staatlich wenn auch nur in beschränktem Umfang gewährten Autonomie befugt sind, im Rahmen ihres Zweckes ihren Mitgliedern durch die Satzung auch ohne eine vom Gesetze für den Einzelfall erteilte Ermächtigung Strafen gegen Uebertretung von Satzungsbestimmungen anzudrohen (zu vgl. Rosin in der Arb.-Vers. 1890 S. 130 ff., dagegen Hahn, ebenda 1893 S. 293 ff.; zu vgl. auch v. Frankenberg, Volkstüml. Zeitschr. f. praktische Arbeiterversicherung 1911, S. 231 ff. u. Handb. d. UnfVers. 3. Aufl. Anm. 2 u. 3 zu § 146 GUVG., Bd. I S. 648 ff.). Jedenfalls ist dort für ein solches statutarisches Strafrecht kein Raum, wo das Gesetz selbst den Tatbestand zum wenigsten dem Rahmen nach bezeichnet und auch Art und Höhe der Strafe selbst regelt; denn damit sind für diesen Fall der Ausübung der Strafgewalt seitens des Versicherungsträgers feste gesetzliche Grenzen gezogen, die durch die Satzung nicht überschritten werden dürfen. Die Verleihung eines staatlichen Ordnungsstrafrechts für einen bestimmt abgegrenzten Kreis von Pflichtverletzungen nimmt dem Versicherungsträger die Möglichkeit, für diese vom Gesetze selbst bezeichneten Verfehlungen andere oder höhere Strafen, als das Gesetz selbst androht, durch die Satzung festzulegen. Auch nach der Entstehungsgeschichte des durch die Novelle von 1892 eingefügten § 26a Ziff. 2a KVG. (zu vgl. Druckf. d. Reichstags 1890 Nr. 151 S. 47 am Ende, 50) kann es nicht zweifelhaft erscheinen, daß durch diese Vorschrift, die insoweit in § 529 RVO. übernommen worden ist, die Strafe ihrer Art und Höhe nach durch das Gesetz selbst unter Ausschluß einer strengeren satzungsmäßigen Bestrafung geregelt werden sollte. Für diese Annahme spricht endlich auch der durch § 529 Abs. 3 besonders geregelte Rechtszug, der das für den Streit um Kassenleistungen, also auch für Mehrleistungen zulässige Spruchverfahren hier ausschließt. Somit ist es unzulässig, daß die Satzung außer der durch § 529 zugelassenen Strafe und außer der durch § 184 Abs. 3 Nr. 3 a. a. O. gestatteten Maßnahme als weiteren Rechtsnachteil für die Verfehlung auch noch die Kürzung der Kassenleistungen bis auf die Regelleistungen zuläßt.

Die Berufung der Beschwerde auf § 387 RVO., wonach durch Satzungsänderung die Leistungen bis auf die Regelleistungen im Falle unzulänglicher Mittel der Kasse gemindert werden dürfen, geht fehl. Die Fälle und die Voraussetzungen, unter denen diese Kürzung der Mehrleistungen eintreten darf, hat das Gesetz erschöpfend geregelt. Namentlich aber ergibt die Fassung der §§ 187 ff.,

Digitized by Google

192 („die Satzung kann" statt „die Kasse kann"), daß die Erhöhung und ebenso die Kürzung der Kassenleistungen — gleichviel, ob es sich um Regelleistungen oder um Mehrleistungen handelt — dem freien Ermessen des Vorstandes im Einzelfall entzogen, vielmehr die Voraussetzungen für die Bewilligung oder Versagung dieser Leistungen in allgemein gültiger Weise durch die Satzung festgelegt werden muß. Auch dieser allgemein anerkannte Grundsatz würde für einen wichtigen Fall durchbrochen, wollte man die Kürzung der Mehrleistungen unter der in der beanstandeten Satzungsbestimmung gegebenen Voraussetzung dem Ermessen des Vorstandes im Einzelfall überlassen.

B. Zur Unfallversicherung.

Die Rechtsvermutung des § 584 RVO. bezieht sich auch auf die Entschädigungsansprüche des Verletzten gegen die Berufsgenossenschaft.

Rekursentscheidung des Großen Senats des Reichsversicherungsamts vom 20. Dezember 1913.

Der Kläger hat am 27. Dezember 1911 einen Betriebsunfall erlitten. Durch Bescheid vom 25. Mai 1912 setzte die Berufsgenossenschaft eine Teilrente von 10 v. H. vom 28. März 1912 (Beginn der Entschädigungspflicht) an fest. Das Oberversicherungsamt hielt eine solche von 33⅓ v. H. für angemessen. Dagegen hat der Kläger Rekurs eingelegt. Er weist nach, daß die Ortskrankenkasse ihn bis zum 29. Juni 1912 als „krank und arbeitsunfähig" bezeichnet und ihm bis dahin Krankengeld gezahlt hatte, und verlangt für die Zeit vom 28. März bis 29. Juni 1912 die Vollrente. Der Große Senat des Reichsversicherungsamts hat diesem Antrag stattgegeben.

Gründe:

Der zuerst mit der Sache befaßte Zehnte Rekurssenat hatte zu prüfen, ob die Beklagte dem Kläger nicht auf Grund des Art. 60 des EinfG. zur RVO. in Verbindung mit § 584 RVO. für die Zeit vom 28. März 1912 ab, für die sie nach § 9 GUVG. — jetzt § 558 RVO. — entschädigungspflichtig war, aber die Fürsorge für den Kläger noch nicht übernommen hatte, die Vollrente zu gewähren habe. In bezug auf die Auslegung dieser Gesetzesvorschrift hatte der Vierzehnte Rekurssenat in seiner Entscheidung vom 9. September 1913 (Ia 6913/12) folgenden Grundsatz aufgestellt: „§ 584 RVO. bezieht sich nur auf Ersatzansprüche der Krankenkassen gegenüber den Berufsgenossenschaften und stellt keine Rechtsvermutung zugunsten des Verletzten für seine Rentenansprüche gegenüber der Berufsgenossenschaft auf"*). Von dieser Entscheidung wollte der Zehnte Senat abweichen. Durch Beschluß vom 23. Oktober 1913 hat er den vorliegenden Fall vor den Großen Senat verwiesen und das damit begründet, daß er zwar in der Auslegung, die der Vierzehnte Senat dem § 584 RVO. gegeben habe, eine für die Rechtsübung wünschenswerte Auffassung sehe, daß er jedoch glaube, sich diesem Grundsatz im Hinblick auf die Entstehungsgeschichte des § 584 nicht anschließen zu können. Der Große Senat hatte nach § 17 des Gesetzes, betreffend die Abänderung der Unfallversicherungsgesetze, vom 30. Juni 1900 in Verbindung mit den Art. 85, 88, 97 EinfG. zur RVO. in der Sache zu entscheiden.

Nach Art. 60 EinfG. zur RVO. sind die materiellrechtlichen Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung, wenn sie für den Berechtigten günstiger sind, auf die erste Feststellung von Entschädigungsansprüchen aus Unfällen anzuwenden, die sich vor dem 1. Januar 1913 ereignet haben. Es fragt sich zunächst, ob der § 584 RVO., welcher bestimmt:

> „Hat die Genossenschaft zu einer Zeit, für die sie nach § 558 entschädigungspflichtig ist, die Fürsorge für den Verletzten nicht übernommen, und hat ihm für eine solche Zeit die Krankenkasse ..... nach den §§ 182, 184, 185 Krankengeld oder Krankenhauspflege gewährt, so gilt der Verletzte für diese Zeit als völlig erwerbsunfähig",

zu den Vorschriften gehört, deren Anwendung Art. 60 für die erste Feststellung von Entschädigungsansprüchen vorschreibt. Daß der mehrgenannte § 584 eine materiellrechtliche Vorschrift ist, unterliegt keinem Bedenken. Ob er eine Bestimmung enthält, die „für den Berechtigten günstiger" ist, hängt davon ab, ob er nur die Bedeutung einer Vermutung zugunsten der Ersatzansprüche der Krankenkassen gegen die Berufsgenossenschaft hat — wie dies der Vierzehnte Rekurssenat angenommen hat — oder ob er eine weitergehende Bedeutung dahin hat, daß er dem Verletzten der Berufsgenossenschaft gegenüber ohne Rücksicht auf seine tatsächliche Erwerbsfähigkeit den Anspruch auf die Vollrente gewährt. Da der Kläger nach dem Gutachten des Dr. K. in M. vom 29. April 1912 für die Zeit nach dem 28. März 1912 nur um 20 v. H., nach dem Gutachten des Sanitätsrats Dr. K. in M. vom 8. Juli, 6. und 21. August 1912 in der fraglichen Zeit nur um 33⅓ v. H. in seiner Erwerbsfähigkeit beschränkt war, so würde allerdings, wenn ihm nach § 584 a. a. O. für die Zeit bis zur Uebernahme der Für-

*) Abgedruckt in Arb.-Vers. 1913 S. 851; vgl. dazu unsere vorläufige Mitteilung 1914 S. 52.

Digitized by Google

sorge der Berufsgenossenschaft unabhängig vom Grade der tatsächlichen Erwerbsunfähigkeit die Vollrente gegeben werden müßte, diese Gesetzesvorschrift eine für den Kläger günstigere und deshalb anzuwenden sein. Hält man dagegen an dem vom Vierzehnten Senat aufgestellten Grundsatz fest, so käme der § 584 a. a. O. für die Feststellung der Entschädigung überhaupt nicht in Frage.

Der Große Senat hat sich der Ansicht des verweisenden Rekurssenats angeschlossen. Er nimmt an, daß sich der § 584 nicht nur auf die Ersatzansprüche der Krankenkassen gegenüber den Berufsgenossenschaften, sondern auch auf die Entschädigungsansprüche des Verletzten gegenüber der Berufsgenossenschaft bezieht. Dabei hat er das Gewicht der Gründe, die für den Vierzehnten Senat bestimmend gewesen sind, nicht verkannt. Es ist auch nicht ausgeschlossen, daß die zum Teil neuen Gesichtspunkte, unter denen der Vierzehnte Senat die Bedeutung und Tragweite des § 584 gewürdigt hat, den Gesetzgeber, falls sie ihm bekannt gewesen, zu einer anderen Stellung veranlaßt hätten. Das hat aber nur Bedeutung für die künftige Rechtsentwicklung. Die Auslegung der bestehenden Gesetzesvorschrift ergibt nach ihrem sprachlichen Sinne, ihrer Stellung im Gesetz und der Entstehungsgeschichte, daß sie dem Verletzten den Anspruch auf die Vollrente gewähren soll, solange ihm eine Krankenkasse anstatt der Berufsgenossenschaft Krankenhilfe gewährt. Dabei darf selbstverständlich das, was sich aus den gesetzgeberischen Vorarbeiten als die Absicht einzelner an der Gesetzgebung beteiligter Stellen annehmen läßt, nicht ohne weiteres als die Absicht des Gesetzes selbst gelten. Maßgebend kann vielmehr nur sein, ob diese Absichten nach dem Wortlaut und dem Zusammenhange des Gesetzes in ihm verwirklicht sind.

Daß der Wortlaut für eine Auslegung in dem vorerwähnten Sinne spricht, erkennt auch der Vierzehnte Senat an. Nach der ganzen Fassung des § 584 a. a. O. kann das auch nicht bezweifelt werden. Aber auch die Stellung der Vorschrift im System der Reichsversicherungsordnung unterstützt die Annahme, daß sie zugunsten des Verletzten getroffen ist. Die Vorschrift befindet sich im zweiten Abschnitt des Dritten Buches, der den Gegenstand der Versicherung, also die Ansprüche des Verletzten, regelt. Allerdings befinden sich dort auch einige Vorschriften, die Ersatzansprüche von Versicherungsträgern behandeln, wobei aber nicht übersehen werden darf, daß die §§ 573 ff. a. a. O. in der Hauptsache Ansprüche des Verletzten zum Gegenstande haben, sowie daß die erwähnten Ersatzansprüche nur nebenher mitgeregelt werden, und zwar immer nur von dem Gesichtspunkt aus, daß sie sich aus den Ansprüchen des Verletzten herleiten. Sollte der § 584 a. a. O. nur Beziehungen zwischen den Versicherungsträgern regeln, so gehörte er in das sie behandelnde Fünfte Buch der Reichsversicherungsordnung. Demnach rechtfertigen sprachlicher Sinn und Stellung der Vorschrift im System des Gesetzes den Schluß, daß § 584 a. a. O. sowohl im Verhältnis der Berufsgenossenschaft zur Krankenkasse als auch in dem zum Verletzten Anwendung zu finden hat. Die Berufsgenossenschaft soll sich nicht nachträglich darauf berufen dürfen, die Voraussetzungen für die Krankenhilfe hätten nicht bestanden, aber auch dem Verletzten nicht entgegenhalten können, er sei nach dem Urteil ihrer Aerzte teilweise erwerbsfähig gewesen.

Endlich spricht für die Auffassung des Großen Senats auch die Entstehungsgeschichte des § 584 RVO. . . . . (Dies wird eingehend nachgewiesen aus dem Bericht der Reichstagskommission — Bd. 3 S. 60 ff. —, die den Paragraphen eingefügt hat.)

Die vom Vierzehnten Senat hervorgehobenen Nachteile, welche die hier vertretene Auffassung unter Umständen zur Folge haben kann, dürfen nicht überschätzt werden. Das geltende Recht bietet Mittel, sie zu mindern oder aufzuheben. Jener Senat meint, daß bei der von ihm zurückgewiesenen Auslegung des § 584 die leichter Verletzten ungerechterweise Vorteile bezögen, daß die Kasse einseitig begünstigt, die Berufsgenossenschaft aber zu schwer belastet würde. Dabei ist anscheinend von der Voraussetzung ausgegangen worden, daß der leichter Verletzte zu den Leistungen aus § 584 a. a. O. noch etwas verdienen könne. Das wird aber nicht allzuhäufig der Fall sein. Das Eintreten der Krankenkasse setzt regelmäßig voraus, daß der Verletzte arbeitsunfähig, also außerstande ist, seine Berufsarbeit fortzusetzen. Wenn er ärztlicher Vorschrift zuwider arbeitet, hat er nach § 529 RVO. empfindliche Geldstrafen zu gewärtigen. Indem nun der Gesetzgeber die Begriffe der Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit im § 584 a. a. O. gleichstellte, wollte er, wie die Entstehungsgeschichte zeigt, dem Verletzten nicht zugemutet wissen, während einer solchen Uebergangszeit anderweit Verdienst zu suchen. Er handelte durchaus folgerichtig, wenn er diejenigen, die seiner in der Regel zutreffenden Annahme nach wirtschaftlich gleich geschädigt waren, in bezug auf die Entschädigung gleich behandelte. Es kann auch nicht zugegeben werden, daß die Krankenkasse durch die Bestimmung des § 584 in seiner hier angenommenen Bedeutung einseitig und zu Unrecht begünstigt würde. Schon der Vierzehnte Senat hat richtig hervorgehoben, daß die für die Berufsgenossenschaft eintretende Kasse einen gewissen Vorteil beanspruchen darf. Er besteht darin, daß diese Kasse für die Zeit, in der dem Verletzten ein Anspruch auf die Vollrente zusteht, die halbe Vollrente als Ersatz erhält. Dieser Vorteil ist nicht ungerecht-

Digitized by Google

fertigt; denn er entspricht dem Maße der von der Kasse aufgewendeten Leistung. Würde der Verletzte nicht den Anspruch auf die Vollrente haben, so würde die Bestimmung des § 584 in der ihm vom Vierzehnten Rekursſenat beigelegten Bedeutung in der Tat praktisch keine Bedeutung haben. Denn da die Krankenkasse nach § 1501 in Verbindung mit § 1506 nur die Hälfte des dem Verletzten selbst zustehenden Anspruchs als Ersatz fordern kann, so würde sie, wenn der Verletzte nur einen seiner tatsächlichen Erwerbsfähigkeit entsprechenden, beschränkten Entschädigungsanspruch hätte, niemals, außer in den Fällen voller Erwerbsunfähigkeit, Ersatz in Höhe der halben Vollrente beanspruchen können. Wenn aber der Vierzehnte Rekursſenat auch dann, wenn dem Verletzten nur ein Anspruch auf eine Teilrente zusteht, der Krankenkasse den Ersatzanspruch auf Grund der Vermutung des § 584 in Höhe der halben Vollrente zubilligen wollte, so würde er sich mit den §§ 1501, 1506 RVO. in Widerspruch setzen.

Auch die Berufsgenossenschaft wird durch den § 584 in seiner hier vertretenen Bedeutung nicht zu schwer belastet. Der Ersatzanspruch des Verletzten reicht selbstverständlich nicht weiter, als er durch den Unfall bedingt wird. Kann der Verletzte auch aus einem anderen Grunde nicht arbeiten, war er schon krank, als er den Unfall erlitt, oder tritt zu den Folgen des Unfalls noch ein Leiden hinzu, so muß der Ersatzanspruch der Kasse sich entsprechend mindern. Anderseits darf nicht übersehen werden, daß die Berufsgenossenschaft ohne ihre Schuld geschädigt werden kann. Tatsächlich kann es für den Verletzten vorteilhaft sein, sich die Leistungen des § 584, die das Höchstmaß der Doppelleistungen im Rahmen der Unfallversicherung darstellen, zu verschaffen. Das wird für ihn von besonderer Bedeutung sein, wenn die Krankenkasse von der Vorschrift des § 1511 Gebrauch gemacht und durch die Satzung die Doppelleistung erheblich beschränkt oder ausgeschaltet hat. Da der Verletzte bei Anwendung dieser Vorschrift unter Umständen nicht einmal Leistungen in Höhe des Krankengeldes erhält, könnte er gegebenenfalls versuchen, das Eintreten der Berufsgenossenschaft durch untätiges Verhalten womöglich bis zum Ende der Kassenpflicht hinauszuschieben.

Dagegen ist aber die Berufsgenossenschaft nicht schutzlos. Die Rechte, welche der Krankenkasse und dem Verletzten aus dem § 584 erwachsen, finden ihre notwendige Ergänzung darin, daß die Kasse zur Anzeige des Unfalls nach § 1512 verpflichtet ist. Die richtige Handhabung der Anzeigepflicht ermöglicht der Berufsgenossenschaft, rechtzeitig Ermittlungen vorzunehmen und der Säumnis oder absichtlichen Verzögerung des Verletzten entgegenzutreten. Gleichzeitig wird die Berufsgenossenschaft in den Stand gesetzt, nach § 1513 das Heilverfahren selbst zu übernehmen und es so zu gestalten, wie es ihren Zwecken am besten entspricht. Dazu kommt noch folgendes. Der Gesetzgeber geht davon aus, daß die Versicherungsträger bei Handhabung dieser Vorschriften Hand in Hand vorgehen. Die Gemeinsamkeit ihrer Interessen weist sie darauf hin, den Verletzten möglichst schnell wieder gesund und erwerbsfähig zu machen, durch ein vertrauensvolles Zusammenwirken und rasches pünktliches Arbeiten im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen ihre Lasten sachgemäß zu beschränken. Die gemeinsame Arbeit können die Versicherungsträger durch gesetzlich zugelassene freie Vereinbarungen noch weiter erleichtern. Davon ist schon Gebrauch gemacht worden. Die Krankenkassenverbände und der Verband der Berufsgenossenschaften haben unter Vermittlung des Reichsversicherungsamts ein dahin gerichtetes Abkommen über einen Teil der aus dem Fünften Buche sich ergebenden Beziehungen geschlossen (Bekanntm. des RVA. vom 1. Nov. 1913, Amtl. Nachr. des RVA. 1913 S. 688 ff.). Durch § 8 des Abkommens ist zweckmäßig bestimmt, daß die Kasse in jedem Falle, wo die Berufsgenossenschaft ihr nach § 1503 Abs. 1 mit oder ohne Verbindung mit § 584 a. a. O. ersatzpflichtig ist, für Krankenpflege nur den Betrag ihres nachweisbar durch den Einzelfall unmittelbar entstandenen Aufwandes bis höchstens drei Achtel des Grundlohns von der Berufsgenossenschaft fordern darf. Auf dem hierdurch vorgezeichneten Wege werden sich die Berufsgenossenschaften auch gegen Nachteile schützen können, die ihnen dadurch erwachsen, daß sie ohne Schuld zu spät in die Leistungspflicht eintreten. Jedenfalls bleibt der Vorteil bestehen, den auch der Vierzehnte Senat richtig erkannt hat, daß die Berufsgenossenschaften zu ihrem eigenen und der Verletzten Besten, angespornt durch § 584, möglichst schnell eine wirksame Fürsorge für den Unfallverletzten übernehmen werden.

Aus diesen Gründen rechtfertigt sich die in der Rechtsfrage getroffene Entscheidung. Da der Große Senat auch in der Sache selbst zu entscheiden hatte, war dem Rekurs stattzugeben und das Urteil des Oberversicherungsamts dahin abzuändern, daß die Beklagte dem Kläger für die Zeit vom 28. März bis zum 29. Juni 1912 die Vollrente zu zahlen hat.

Digitized by Google

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Berechnung der Waisenaussteuer beim Vorhandensein mehrerer Waisen.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 15. Dezember 1913.

Der Streit betrifft die Höhe der Waisenaussteuer. Es fragt sich, ob diese, wie die Klägerin meint, bei dem Vorhandensein mehrerer Waisen nach dem Betrage der Waisenrente für eine einzige Waise, oder ob sie nach dem gemäß §§ 1285, 1292 RVO. auf die einzelne Waise entfallenden, verhältnismäßig gekürzten, tatsächlich bezogenen Betrage der Waisenrente zu berechnen ist. Der erkennende Senat hält die zweite Berechnung für richtig. Für sie spricht der klare und unzweideutige Wortlaut des § 1296 RVO. Danach wird als Waisenaussteuer der achtfache Monatsbetrag der „bezogenen" Waisenrente gewährt. Dem Wortlaut würde es nicht entsprechen, wollte man bei mehreren Waisen die Aussteuer nach einer Rente berechnen, welche die auszusteuernde Waise nicht tatsächlich bezogen hat, sondern bezogen hätte, wenn sie die einzige Waise wäre; hiernach hat die Versicherungsanstalt mit Recht bei der Bemessung der Waisenaussteuer für die Klägerin lediglich die Monatsrente zu Grunde gelegt, welche der Klägerin in dem rechtskräftigen Bescheide vom 28. Januar 1913 zugebilligt war (zu vergl. die Berechnung zu dem Bescheidsmuster in Anlage XXXI der Rechnungsbestimmungen des Reichsversicherungsamts vom 30. Dezbr. 1911, Amtl. Nachr. des RVA. 1912 S. 477). Insbesondere ist auch mit Recht zu dem achtfachen Monatsbetrage der Waisenrente nicht etwa noch der im § 1285 der Reichsversicherungsordnung festgesetzte Reichszuschuß hinzugerechnet worden. Denn in dem achtfachen Monatsbetrage der Waisenrente sind sowohl der Anteil der Versicherungsanstalt (§ 1292) wie der Reichszuschuß (§ 1285) enthalten, der für jede Waisenrente auf 25 M. jährlich bemessen ist und sonach auf acht Monate die für jede Waisenaussteuer ausgeworfene Summe von $16^2/_3$ Mark ausmacht (zu vergl. **Hanow-Lehmann**, Kommentar Band IV 3. Aufl. Anm. 4 zu § 1296; auch Revisionsentsch. 1708 Abs. 7 ff., Amtl. Nachr. 1913 S. 480).

Uebrigens ist auch die der Waisenaussteuer zu Grunde gelegte Waisenrente für die Klägerin in dem bezeichneten Bescheide vom 28. Januar 1913 zutreffend berechnet worden. Die Waisenrente setzt sich nach den §§ 1284, 1285 der Reichsversicherungsordnung zusammen aus den erwähnten beiden Bestandteilen, einem Reichszuschusse von je 25 M. und einem Anteil der Versicherungsanstalt. Der letztere beträgt nach § 1292 a. a. O. beim Vorhandensein einer einzigen Waise drei Zwanzigstel des Grundbetrages und der Steigerungssätze der Invalidenrente, die der Ernährer zur Zeit seines Todes bezog oder bei Invalidität bezogen hätte. Sind mehrere Waisen vorhanden, so steigt der Anteil der Versicherungsanstalt nach § 1292 a. a. O. für jede fernere Waise um ein Vierzigstel des Grundbetrages und der Steigerungssätze der bezeichneten Invalidenrente; der hiernach sich ergebende Gesamtanteil der Versicherungsanstalt ist gleichmäßig auf die Zahl der Waisen zu verteilen, so daß die Waisenrente für jede einzelne der gleichzeitig bezugsberechtigten Waisen gleich hoch ist, und daß nicht etwa die Rente der ältesten bezugsberechtigten Waise höher ist als die der jüngeren Geschwister (zu vergl. **Hanow-Lehmann**, Anm. 3 zu § 1292, auch die Berechnung zu dem Bescheidsmuster in Anlage XV der Rechnungsbestimmungen des Reichsversicherungsamts vom 30. Dezember 1911, Amtl. Nachr. 1912 S. 458; anderer Meinung **Düttmann**, Anm. 4 zu § 1292). Sonach ist die Rente bei einer Einzelwaise am höchsten, weil sich hier der Anteil der Versicherungsanstalt auf ungeteilte drei Zwanzigstel des Grundbetrags und der Steigerungssätze der Invalidenrente des Ernährers beläuft. Dagegen sind bei mehreren Geschwistern die einzelnen Waisenrenten — nicht ihr Gesamtbetrag — um so niedriger, je mehr Geschwister vorhanden sind, da für jede folgende Waise nur ein Vierzigstel des Grundbetrages und der Steigerungssätze der bezeichneten Invalidenrente hinzutritt, während sich die Ziffer, durch die der sich hieraus ergebende Gesamtbetrag zu teilen ist, mit der Zahl der Waisen vergrößert. Scheidet eine Waise infolge Todes oder Vollendung des 15. Lebensjahrs aus, so erhöhen sich die einzelnen Renten der übrigen Waisen (§§ 1295, 1294 Abs. 2 und 3). Erst die jüngste Waise erhält aber den Betrag der Rente für eine einzige Waise. Hiernach hat die Versicherungsanstalt in ihren Bescheiden vom 28. Januar und 12. März 1913 die einzelnen Waisenrenten zutreffend festgesetzt.

Weil nun aber nach dem oben erwähnten § 1296 die Waisenaussteuer in dem achtfachen Monatsbetrage der bezogenen Waisenrente besteht, so ist auch die Waisenaussteuer bei mehreren Waisen verschieden hoch; und zwar ist wie die Rente so auch die Aussteuer der älteren Geschwister niedriger als die der jüngeren, bei denen nach §§ 1292, 1295 eine Erhöhung der Waisenrente eingetreten war. Die höchste Aussteuer erhält wieder die jüngste

Digitized by Google

Waise, da ihre Waisenrente dem Betrage der Rente für eine Einzelwaise entspricht (zu vergl. Hanow-Lehmann, Anm. 4 zu § 1296; anderer Meinung Düttmann Anm. 3 zu § 1296 als Folge seiner abweichenden Auffassung über die Höhe der einzelnen Waisenrenten).

In den stufenweisen Erhöhungen der Bezüge für die jüngeren Kinder liegt zugleich ein Ausgleich für die niedrigeren Aussteuern der älteren Waisen. Die Waisenrenten sollen eine Beihilfe zu den Kosten des Unterhalts und der Erziehung der Waisen bilden, während die Aussteuer mit zur Bestreitung der Auslagen dienen soll, die bei der Schulentlassung der Waisen und bei ihrem Eintritt in eine Berufstätigkeit notwendig werden (zu vergl. Begr. zum Entw. der RVO. S. 406). Der zur Erziehung der Waisen und zur sonstigen Fürsorge für sie Verpflichtete — regelmäßig also die Mutter — erhält demnach in der Erhöhung der Waisenrenten sowie in den höheren Aussteuern der jüngeren Geschwister zugleich eine Entschädigung für die niedrigere Aussteuer der älteren Waisen. Fällt einmal eine jüngere Waise — eine Möglichkeit, auf welche die Klägerin in der Berufungsschrift hingewiesen hat —, vor der Vollendung des 15. Lebensjahrs weg, und wird somit für sie keine Aussteuer gezahlt, so besteht der Ausgleich für die niedrigere Aussteuer der älteren Geschwister außer in den damals jeweils vorgenommenen Erhöhungen für die jüngeren Geschwister auch in der dann alsbald eintretenden weiteren Erhöhung der Renten für die etwa noch vorhandenen jüngeren Waisen. Selbst wenn aber im einzelnen Falle ein derartiger Ausgleich nicht stattfinden sollte, würde dadurch die Auslegung des § 1296 im dargelegten Sinne nicht beeinflußt werden können.

Im vorliegenden Falle beträgt der Unterschied zwischen der Waisenaussteuer der Klägerin und der Aussteuer für eine Einzelwaise 6 M.; denn die letztere würde, da die Waisenrente für ein einziges Kind jährlich 41,40 M. betragen würde, sich auf 27,60 M. belaufen. Dieser Unterschied wird jedoch bald schon dadurch ausgeglichen, daß die Waisenrenten für die jüngeren Geschwister der Klägerin sich nach deren Ausscheiden um je 2,40 M. jährlich erhöht haben. Hiernach sind die Einwendungen der Klägerin gegen die Bemessung der Waisenaussteuer durch die Beklagte nicht stichhaltig, und es war ihre Berufung zurückzuweisen.

D. Zur Angestelltenversicherung.

Mehrere versicherungspflichtige Tätigkeiten zusammen als Hauptberuf, bei Berücksichtigung ständiger Dienstbereitschaft.

Beschluß des **Rentenausschusses Berlin** v. 27. Oktober 1913.

Der Angestellte F. übt mehrere Erwerbstätigkeiten aus: einmal ist er Trichinenschauer am Schlachthof in E., sodann versieht er die Fleischbeschau im ersten Fleischbeschaubezirk des Landkreises E. und schließlich betreibt er noch das Barbiergewerbe; außerdem bezieht er Einkommen aus Grundbesitz.

Daß seine Tätigkeit als Fleischbeschauer und Trichinenschauer an sich der Versicherungspflicht nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte unterliegt, und daß er ferner in seiner Eigenschaft als Fleischbeschauer auch als Angestellter, und zwar des Trägers der örtlichen Polizeikostenlast beschäftigt ist, wird weder von einem der Beteiligten bestritten, noch ist es nach der bisherigen Rechtsübung des Rentenausschusses und der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte zweifelhaft. Danach ist er insoweit als Angestellter in gehobener Stellung im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 2 VGfA. zu betrachten. Erforderlich für die Bejahung seiner Versicherungspflicht ist aber weiter noch, daß die versicherungspflichtige Beschäftigung seinen Hauptberuf bildet. Das Vorhandensein dieser Voraussetzung wird von dem Magistrat E., dem Arbeitgeber F.s in seiner Stellung als Trichinenschauer, verneint.

Für die Frage nach dem Hauptberuf kommt es in erster Linie auf Art und Dauer der Beschäftigungen und auf die Höhe des hieraus und aus anderen Quellen bezogenen Einkommens an. Werden mehrere Tätigkeiten ausgeübt, deren jede den Angestellten versicherungspflichtig macht, so ist zu prüfen, ob die Gesamtheit dieser Beschäftigung gegenüber der sonstigen nicht versicherungspflichtigen Tätigkeit den Hauptberuf bildet. (Vgl. Amtl. Nachr. 1902, S. 550, 1905, S. 438.)

Berücksichtigt man zunächst das Einkommen F.s, so ergibt sich folgende Gegenüberstellung: Nach Angabe seiner Arbeitgeber bezieht er als Trichinenschauer 700 M. und als Fleischbeschauer 732 M., dagegen aus dem Barbiergewerbe 900—1000 M. und aus Grundbesitz, wie er selbst angibt, 396 M., während sein Einkommen nach seinen eigenen Angaben aus der städtischen Trichinenschau 900 M., aus der Fleischbeschau im Landkreise 500 M. und aus dem Barbiergewerbe 300 M. beträgt. Selbst wenn man die Angaben des Magistrats E. zugrunde legt, so folgt, daß das Einkommen aus versicherungspflichtiger Tätigkeit größer ist als das aus der nichtversicherungspflichtigen.

Ebenso überwiegt auch die Zeit, die F. auf die versicherungspflichtige Tätigkeit verwendet, gegenüber der, die er seiner sonstigen Beschäftigung widmet. Folgt man auch hier den Angaben seiner Arbeitgeber, so ist er an zwei Tagen 8—9 Stunden, an den übrigen Tagen je 3 Stunden am Schlachthof tätig. Dazu kommt, daß ständige

Digitized by Google

Dienstbereitschaft besteht, die auch für die übrige Zeit Unfreiheit mit sich bringt und daher der wirklichen Arbeit gleichzuachten ist. (Vgl. Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1899, S. 651.) Außerdem muß noch die Zeit hinzugerechnet werden, die F. auf die Fleischbeschau im Landkreis E. verwendet. Bei dieser Sachlage ist es nicht zweifelhaft, daß die versicherungspflichtige Tätigkeit sowohl den größeren Teil seiner Arbeitszeit in Anspruch nimmt als auch ihm das größere Einkommen gewährt und daher seinen Hauptberuf ausmacht.

F. unterliegt daher gemäß § 1 Abs. 1 Nr. 2 als Angestellter in gehobener Stellung der Versicherungspflicht nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Sprechsaal.

Zur Auslegung des § 1598 RVO.

In Nr. 5 der „Arbeiter-Versorgung" vom 11. Februar 1914 spricht Stadtrat Dr. Heidecker am Schlusse seines Artikels (S. 111) die Anschauung aus, daß das Versicherungsamt im Falle des § 1598 auch berechtigt sei, ein ärztliches Gutachten einzuholen. Es sei befugt, sich zur Sache zu äußern und zu diesem Zweck Ermittlungen anzustellen, soweit die Beweismittel bereit oder leicht zu beschaffen seien und keine erheblichen Kosten verursachten. Unter diesen Voraussetzungen könne zu den Ermittlungen auch die Erholung eines ärztlichen Gutachtens gehören.

Mit dieser Anschauung steht ein (in „Berufsgenossenschaft" Nr. 22 v. 27. November 1913 abgedruckter) Beschluß des Reichsversicherungsamts v. 30. Oktober 1913 in Widerspruch, worin ausgeführt wird:

„Abgesehen davon, daß das Versicherungsamt sich ausweislich der Akten nicht zur Sache geäußert hat, und nur hierzu Ermittlungen angestellt werden dürfen, läßt sich eine Befugnis zur Einholung eines weiteren ärztlichen Gutachtens unabhängig von der Vorschrift der §§ 1595, 1596 aus § 1598 nicht herleiten. § 1598 ist geschaffen worden, um dem Versicherten zu ermöglichen, vor einer objektiven ärztlichen Stelle seinen Standpunkt zu vertreten, seine Beweismittel anzugeben, etwaige Mängel des Verfahrens zu rügen und insbesondere auch seinen körperlichen Zustand in Augenschein nehmen zu lassen. Dem Versicherungsamt umständlichere Erhebungen zu übertragen, war nach den Ausführungen eines Vertreters der Regierung (zu vgl. Komm. Bd. VI 101, 102) nicht beabsichtigt. Die weiteren Erhebungen sollten dem Versicherungsträger überlassen bleiben, das Gutachten des Versicherungsamtes sollte nur die wünschenswert erscheinenden Anregungen geben. Die dem Versicherungsamt freigegebenen Ermittlungen beziehen sich danach nicht auf die Einholung ärztlicher Gutachten. Hierüber bestimmen vielmehr die §§ 1595, 1596 erschöpfend. Die Sektion 4 der Ziegelei-Berufsgenossenschaft ist demgemäß nicht verpflichtet, die Kosten des vom Versicherungsamt eingeholten Gutachtens zu erstatten."

Diesen Ausführungen ist jedenfalls soweit beizupflichten, daß im gegebenen Falle die Erholung eines ärztlichen Gutachtens, wie überhaupt die Anstellung von Ermittlungen unzulässig war, weil das Versicherungsamt sich nicht zur Sache geäußert hat. Auch steht außer Zweifel, daß die Erholung ärztlicher Gutachten im Wege des § 1598 überhaupt nur selten in Frage kommen kann, weil die §§ 1595, 1596 in der Regel genügende Handhabe hierzu bieten und weil diese Gutachten meistens nicht ohne Umstände (Vorladung des Verletzten, Untersuchung) und nicht ohne erhebliche Kosten zu beschaffen sind.

Daß aber die Anhörung des Arztes im Falle des § 1598 vom Gesetz grundsätzlich und allgemein ausgeschlossen sei, dürfte weder aus den §§ 1595, 1596, noch aus dem Wortlaut und Zweck des § 1598, noch aus den Ausführungen des Regierungsvertreters bei der Kommissionsberatung gefolgert werden können. Die §§ 1595, 1596 behandeln nur diejenigen Fälle, in welchen der Unfallverletzte die Erholung eines ärztlichen Gutachtens beantragt. Dieser Fall bildet die Regel; wenn der Verletzte selbst, der das Hauptinteresse an der Sache hat, ein Gutachten nicht für nötig hält, wird auch das Versicherungsamt im allgemeinen keinen Grund haben, zum Zwecke seiner abzugebenden Aeußerung ein solches einzuholen. Aber ausgeschlossen ist der Fall nicht, daß das Versicherungsamt trotzdem eine Aufklärung durch den Arzt für wünschenswert und veranlaßt halten muß. Gerade im Interesse des Versicherungsträgers kann dies unter Umständen gelegen sein. Der Einspruchskläger kann z. B. guten Grund haben, die Erholung eines weiteren ärztlichen Gutachtens nicht zu beantragen, vielleicht weil es ihm gelungen ist, den bereits vernommenen Arzt zu täuschen; das Versicherungsamt hegt auf Grund seiner Kenntnis der Verhältnisse Bedenken, und will sich daher zur Sache äußern. Sollte es ihm hier verwehrt sein, eine leicht zu beschaffende und keine nennenswerten Kosten verursachende Aeußerung des Arztes zu erholen? Würde hierdurch der Wahrheit nicht rascher und einfacher gedient, als wenn das Versicherungsamt das Sachverhältnis erst dem Versicherungsträger auseinandersetzen und ihm raten muß, sich mit dieser oder jener Anfrage an den Arzt zu wenden? Insbesondere kann ein solcher Ausnahmefall vorkommen, wenn das Versicherungsamt sich nach §§ 1602, 1605 gutachtlich äußern muß. Hier sind die gleichen Grundsätze anzuwenden wie bei der freiwilligen Aeußerung (§ 1600). Unter Umständen kann sich, wie Fälle aus der Praxis beweisen, bei der mündlichen Verhandlung die Sachlage so gestalten, daß ein Aufschluß durch den Arzt für das abzugebende Gutachten, wenn es einen Wert haben soll, unerläßlich ist. Vielleicht ist der Arzt ohnedies bei der Verhandlung zugegen, seine Aeußerung also leicht zu beschaffen und mit wesentlichen Kosten nicht verbunden. Es würde doch der Sache wenig dienlich sein, wenn hier die Anhörung des Arztes wegen grundsätzlicher Bedenken unterbleiben müßte. Aus den §§ 1595, 1596, die nur die Gutachtenserholung auf Antrag des Einspruchsklägers regeln wollen, kann also die grundsätzliche Unzulässigkeit der Gut-

Digitized by Google

achtenseinholung im Falle des § 1598 wohl nicht gefolgert werden.

Ebensowenig rechtfertigt der Wortlaut und Zweck des § 1598 diesen Schluß. Das Versicherungsamt kann unter den bezeichneten Voraussetzungen „Ermittlungen" anstellen, also auch Zeugen und Sachverständige hören und dergl.; wollte das Gesetz die Anhörung gerade ärztlicher Sachverständigen ausschließen, so hätte es diese Ausnahme wohl ausdrücklich aufstellen müssen. Es schließt aber nur umständlichere Erhebungen aus, läßt also auch die Anhörung eines Arztes zu, wenn die Voraussetzungen des § 1598 erfüllt sind und diese Erhebung nicht umständlich ist. Die für Ermittlungen jeder Art geltende Bedingung berechtigt nicht, eine Art der Ermittlungen grundsätzlich auszuschließen.

Auch die Ausführungen des Vertreters der Regierung in der Kommissionsberatung geben keinen Anlaß zu einem anderen Schlusse. Er erwähnt die ärztlichen Gutachten nicht ausdrücklich, sondern spricht allgemein den mehrerwähnten Grundsatz aus, dabei besonders die rein praktischen Gründe hervorhebend, aus denen dem Versicherungsamt die Erhebung von Beweisen zu gestatten sei, wofern die Beweismittel schnell und ohne erhebliche Kosten zu beschaffen seien. Als Beispiel einer nicht gestatteten umständlicheren Erhebung führt er die längere Beobachtung im Krankenhause an. Daß diese nicht als bereites oder leicht zu beschaffendes und wenig kostendes Beweismittel angesehen werden kann, ist selbstverständlich. Für die grundsätzliche Unzulässigkeit der Erholung ärztlicher Gutachten ist dieses Beispiel nicht zu verwerten; im Gegenteil könnte aus der Hervorhebung „längerer Beobachtung" auf die Zulässigkeit einfacher Begutachtung geschlossen werden.

Bei diesen Erwägungen dürfte der eingangs erwähnte Beschluß des Reichsversicherungsamtes dahin zu verstehen sein, daß er eben den Regelfall im Auge hat, in welchem dem Bedürfnis nach ärztlicher Begutachtung durch die §§ 1595, 1596 hinreichend Rechnung getragen und die Gutachtenseinholung auch umständlich und mit wesentlichen Kosten verknüpft ist. Daß aber, wenn dies nicht der Fall ist, sondern die Voraussetzungen des § 1598 erfüllt sind, die Anhörung des Arztes durch das Versicherungsamt trotzdem grundsätzlich ausgeschlossen sei, dafür dürften die vorgebrachten Gründe nicht hinreichen.

Landshut i. B. Regierungsrat W. Wüst.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Der Berufsgenossenschaftstag in Leipzig.

Der am 28. Mai 1914 in Leipzig zusammengetretene Berufsgenossenschaftstag wurde wieder von seinem mehrjährigen Präsidenten, dem Direktor Spiecker, Vorstandsvorsitzenden der Berufsgenossenschaft der Feinmechanik und Elektrotechnik, eröffnet. Die Tagung stand wesentlich im Zeichen des Heilverfahrens. Von den fünf größeren Beratungsgegenständen bezogen sich drei auf dasselbe, nämlich die Stellung der Berufsgenossenschaften zu den Aerzten, gemeinsame Grundsätze für die Uebertragung des Heilverfahrens auf die Krankenkassen und schließlich die Ausbildung von Betriebshelfern, welche vor der Ankunft des Arztes die erste Hilfe leisten und auch sonst eintreten. Ihre Einführung wird bekanntlich besonders dringend von dem Präsidenten des Reichsversicherungsamts, Dr. Kaufmann, befürwortet. Dieser war anwesend; ebenso Direktor Witowski; ferner Vertreter des Kgl. sächsischen Ministeriums des Innern, des Landesversicherungsamts, der Kreishauptmannschaft Leipzig, der Stadt Leipzig, der Gewerbekammer und der Handelskammer.

Der Vorsitzende begrüßte die Erschienenen und ging dann zu sachlichen Bemerkungen über.

Nach Ansicht des Verbandsausschusses hat die einjährige Geltung der Reichsversicherungsordnung ergeben, daß dieselbe gegenüber dem früheren Recht eine Verschlechterung gebracht hat; immerhin aber lasse sich damit auskommen. Schlechter geworden ist die Regelung des Rechts der Angestellten. Die Berufsgenossenschaften würden aus eigenem Antriebe den sozialen Geist, den sie gegenüber den Versicherten betätigen, auch gegenüber ihren Angestellten gepflegt haben. Die Fesselung der Selbstverwaltung und zumal die Schablonisierung sei für beide Parteien nachteilig. Das von der RVO. gebrachte Verhältniswahlsystem habe sich durchaus nicht bewährt; es sei zwecklos, umständlich und kostspielig. Es schütze die Minorität durchaus nicht. In 91% der stattgehabten Wahlen von Vorstandsmitgliedern sei es überhaupt nicht zu einer Abstimmung gekommen, also die Vorschlagsliste des Vorstandes ohne Wahl durchgegangen. Bei der Verhältniswahl könnten Störenfriede leicht die Leitung der Genossenschaft an sich reißen. Auch für die Vertreter der Versicherten sei die Verhältniswahl wertlos. Eine fernere Erschwerung der Verwaltung bedeute die Vorschrift, daß die Mitglieder der Organe beeidigt werden müssen. Jetzt weigere sich zum Teil aus diesem Grunde mancher tüchtige Mann, ein Ehrenamt anzunehmen.

Der Vorsitzende wies sodann die herbe Kritik zurück, welche an den vom Verbande entworfenen und nur als Grundlage den Berufsgenossenschaften empfohlenen Unfallverhütungsvorschriften geübt worden sei. Das vom Verbande entworfene einheitliche Muster für die Unfalluntersuchungs-Verhandlung habe vielfach Anerkennung gefunden. Das Einspruchsverfahren scheine eine Abnahme der Berufungen herbeizuführen. Allerdings holten manche Versicherungsämter gewohnheitsmäßig neue Gutachten ein und überschritten damit oft ihre gesetzliche Aufgabe, so daß das Württembergische Ministerium schon Stellung dagegen genommen habe. Zu tadeln sei das Abkommen mit Italien vom 31. Juli 1912, durch welches der § 596 Abs. 1 RVO. für italienische Arbeiter, auch wenn sie im Auslande wohnen, außer Kraft gesetzt sei. Hier fehle die Gegenseitigkeit, da deutsche Arbeiter kaum in Italien arbeiten. Das Urteil des großen Senats vom 26. Februar d. J. wegen der Unfälle des täglichen Lebens erwecke keine volle Befriedigung. Man habe dagegen nicht finanzielle, sondern lediglich grundsätz-

Digitized by Google

liche Bedenken. Das Urteil drohe das Erfordernis eines Zusammenhangs zwischen Unfall und Betriebsgefahr zu verwischen, was dem Gesetze widersprechen würde.

Der nächste Punkt der Tagesordnung war das Referat des Verwaltungsdirektors Schauseil von der Seeberufsgenossenschaft in Hamburg über das Verhältnis der Aerzte zu den Berufsgenossenschaften. Das Referat bezweckte eine Abwehr der Angriffe, welche Sanitätsrat Dr. Besselmann in München-Gladbach 1913 auf dem Aerztetag in Elberfeld gegen die Berufsgenossenschaften allgemein gerichtet hatte, und verwies auf die Broschüre von Lohmar in Cöln, der die zahlreichen Beschimpfungen der Genossenschaften mitteile. Bedauerlich sei es, daß der Vorsitzende der Aerzteversammlung dem Dr. Besselmann in aller Namen herzlich gedankt und von keiner Seite widersprochen sei. Doch das seien Ausnahmefälle.

Typisch sei es leider, wie ein Professor ausgesprochen habe, daß der behandelnde Arzt sich bemühe, unter allen Umständen seinem Patienten oder dessen Hinterbliebenen eine Rente, und zwar eine möglichst hohe, zu verschaffen, vielleicht gar sich zum Anwalt der Versicherten aufzuwerfen und sich über Dinge zu äußern, die außerhalb des ärztlichen Gebietes liegen. Auch scheine der doch in der amtlichen Gebührentaxe festgelegte Unterschied zwischen Befund- und Krankenbericht im Gegensatz zu einer begründeten gutachtlichen Aeußerung vielen Aerzten ganz unbekannt zu sein. Auch die Aufgabe der ärztlichen Gutachten, zunächst den Befund festzustellen und sodann darzulegen, was davon auf den Unfall zurückzuführen sei, scheine vielfach nicht klar zu sein. Falls ein Arzt zu sehr für die Versicherten Partei nehme, empfehle er, Anzeige beim ärztlichen Ehrengericht oder zivilrechtliche Haftbarmachung.

Gegenüber der freien Arztwahl, wie sie Dr. Besselmann verlange, sei darauf hingewiesen, daß doch wohl die Genossenschaft besser in der Lage sei, einen für den einzelnen Fall berufenen Arzt auszuwählen, als der Verletzte. Dies wurde näher ausgeführt.

Schließlich betonte der Vorsitzende, daß die vom Reichsversicherungsamt aufgestellten Leitsätze für die Uebernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaften nur mit Takt und nicht wahllos angewendet werden dürften.

Sodann erhielt das Wort der Verwaltungsdirektor der Sektion Bochum der Knappschaftsberufsgenossenschaft, Regierungsrat a. D. Dr. Stöcker. Er erklärte, daß es eine Pflicht der Berufsgenossenschaften sei, für Ausbildung von Betriebshelfern für die ersten Heilmaßnahmen Sorge zu tragen. Bislang seien in 17 Städten 4000 Helfer mit Unterstützung des Roten Kreuzes ausgebildet, davon entfallen auf Berlin allein 2000. An den einzelnen Orten seien meist Ortsausschüsse errichtet; in Westfalen habe man hiervon abgesehen und nur einen Zentralausschuß für die Provinz eingerichtet, eine Organisation, die wirksamer für die weitere Ausdehnung der Einrichtung bürge. Die Kosten für die Ausbildung des einzelnen Helfers betragen nur wenige Mark.

Sodann kam ein oft erörtertes Thema, die Rücklagen der gewerblichen Berufsgenossenschaft, zur Verhandlung. Verwaltungsdirektor Marcus fragt, ob, nachdem durch die Abstimmung im Reichstage die Schlacht für die Genossenschaften verloren sei, sie nun die Hände in den Schoß legen wollen? Er weist im einzelnen nach, daß die rechnerische Begründung der Regierungsstellung falsch sei, wofür er sich auf den Leiter der Rechnungsstelle des Reichsversicherungsamts, Geheimrat Dr. Pietsch, beruft. In demselben Sinne äußert sich Kommerzienrat Dr. Moninger von Karlsruhe, der eine Entschließung empfiehlt, wonach der Berufsgenossenschaftstag an dem bewährten Umlageverfahren festhält, und jedem Versuche, es durch die Kapitaldeckung oder mittelbar durch Ansammlung hoher Rücklagen zu ersetzen, widerspricht. Der Berufsgenossenschaftstag wiederholt in dringender Form seine Bitte, die gesetzgebenden Körperschaften möchten bei der nächsten Gelegenheit die Vorschriften der §§ 743, 744 der Reichsversicherungsordnung, die unter einer zu weitgehenden Belastung der Gegenwart und der näheren Zukunft auf eine Verdrängung des Umlageverfahrens durch das Kapitaldeckungsverfahren hinstreben, abändern. — Auf Empfehlung des Vorsitzenden wurde in diesem Sinne beschlossen.

Sodann sprachen Gerichtsassessor Dr. Ostern von der nordwestlichen Eisen- und Stahlberufsgenossenschaft in Hannover und Dr. med. Curschmann in Bielefeld gegen die Ausdehnung der Unfallversicherung auf die gewerblichen Berufskrankheiten. Der dafür angeführte Hauptgrund, daß auch England und die Schweiz solche Ausdehnung haben, sei ganz und gar nicht maßgebend, denn in beiden Staaten fehle eine der deutschen gleichwertige Kranken- und Invalidenversicherung. Auch sei der Kreis der Versicherten erheblich enger gezogen und in England seien keine Versicherungsgenossenschaften der Unternehmer gebildet, sondern lediglich deren Haftpflicht eingeführt. Die Regelung sei in beiden Staaten eine verschiedene. Während England eine längere Liste von Krankheiten aufzähle, bestimme die Schweiz die gefährlichen Stoffe, welche die Krankheiten verursachen. Von Erfahrungen mit dieser Ausdehnung sei noch keine Rede. Direkt gegen die Ausdehnung spräche die große noch bestehende Unklarheit über den Begriff und damit über die Abgrenzung. Es sei dringend zu befürchten, daß mit der betreffenden Ausdehnung der Versicherung demnächst fast jede Krankheit mit dem Berufe in Verbindung gebracht werde, so daß der Begriff „Unfall" ganz zurücktrete und die Berufsgenossenschaften die meisten Krankheiten zu entschädigen haben werden. Mit Recht habe darum der internationale Kongreß für Arbeiterversicherung im Haag zugegeben, daß in Deutschland für die gewerblichen Berufskrankheiten genügend vorgesorgt sei. Im übrigen werde die Zahl und die Schwere dieser Erkrankungen erheblich überschätzt; die besonders daran beteiligte Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie habe eine Statistik erhoben, welche ergeben habe, daß nur 1 % der Erkrankungen noch nach einem Jahre bestanden, die große Mehrzahl der Erkrankungen nach wenigen Wochen ausgeheilt sei.

Ueber das Verhältnis zu den Krankenkassen referierte Justizrat Neißner-Breslau. Er empfahl den Berufsgenossenschaften den Beitritt zu dem Abkommen mit den Krankenkassen. Es sollen bei ambulanter Behandlung, also in der Sprechstunde oder in der Wohnung des Verletzten, nur die wirklichen Aufwendungen oder ein Pauschsatz von 10 M. für den Fall ersetzt

Digitized by Google

werden. Die meisten Berufsgenossenschaften sind dem Abkommen beigetreten. Infolge Widerspruchs des Geschäftsführers Backhaus der norddeutschen Holzberufsgenossenschaft entstand hierüber eine erregte Diskussion, an der sich Präsident Dr. Kaufmann, Direktor Witowski und Direktor Meesmann von der süddeutschen Eisen- und Stahlberufsgenossenschaft u. a. beteiligten.

Damit war die Tagesordnung erledigt und wurde nach Genehmigung des Kassenberichts und der Wiederwahl für den geschäftsführenden Ausschuß als Ort des nächstjährigen Berufsgenossenschaftstages Düsseldorf gewählt.

Die neuen Verträge der Krankenkassen mit den Aerzten.

Allenthalben ist man jetzt dabei, das „Berliner Abkommen", den Friedensschluß im Kampfe zwischen den Krankenkassen und Aerzten vom 23. Dezember 1913, in die Praxis umzusetzen. Ueber die Entstehung, den Inhalt und die Anweisungen zur Ausführung dieses Abkommens ist in der Arb.-Vers. 1914 S. 50, 172, 197, 267, 282 schon näheres mitgeteilt worden. In den einzelnen Bezirken und Orten sind daraufhin auch — von Ausnahmefällen abgesehen — Verträge getätigt worden. Es soll hier eine kleine Uebersicht gegeben werden, wie die streitigen Fragen geregelt worden sind. Namentlich soweit die Honorarhöhe in Betracht kommt, die ja vom Berliner Abkommen offen gelassen wurde.

Von den Vereinbarungen für größere Gebiete sei vor allem der Aerztevertrag in Württemberg erwähnt. Der Württembergische Krankenkassenverband übernimmt die Verpflichtung, den ihm angehörenden Kassen die Durchführung der vereinbarten Bestimmungen aufzuerlegen. Dasselbe versprechen die Aerztevereine. Regelmäßig maßgebend ist das System der freien Arztwahl. Die Mindestsätze der staatlichen Gebührentaxe können bis zu 15 Proz. ermäßigt werden, wenn es die Vermögenslage der Kasse nachweislich erfordert. Bei Bezahlung nach einem Pauschale soll der Satz mindestens 4 M. im Jahre für das einzelne Mitglied betragen. Wird Familienbehandlung geleistet, so vervielfacht sich die Pauschale um das zweieinhalb bis dreifache, je nach dem Umfang der Familienhilfe. Das Pauschale steigt jährlich um 10 Pf., bei Familienhilfe um 25 bis 30 Pf. Außer dem Pauschale sind nach den Mindestsätzen der Gebührenordnung zu bezahlen Geburtshilfe, Nachtbehandlung, sofortige Besuche, Zahnextraktionen und Röntgenbehandlung. Gegen Vielbeschäftigkeit der Aerzte sind Strafen vorgesehen. In Baden wurde schon vor dem Berliner Abkommen zwischen der ärztlichen Landeszentrale und der freien Vereinigung badischer Krankenkassen ein „Mantelvertrag" geschlossen, der am 1. Januar 1914 in Kraft trat. Demzufolge kommen für Baden, wie inzwischen ausdrücklich festgestellt wurde, die Einzelheiten des Berliner Abkommens nicht in Betracht. Der Vertrag sieht eine Pauschale für das versicherte Einzelmitglied von 6 M. und für die ganze Familie von 18 M. vor. Eine besondere Gruppierung der Mitglieder findet nicht statt; nur wenn die Zahl der der Kasse nach § 176 RVO. freiwillig Beitretenden 3 Proz. der Gesamtmitglieder übersteigt, sollen besondere Vereinbarungen getroffen werden. Für den Unterelsaß fand am 23. November 1913 eine Besprechung im Ministerium statt. Es waren sämtliche Ortskrankenkassen und Aerztevereine des Bezirks vertreten. Es wurde ein Pauschalbetrag von 4,50 M., steigend bis 5,50 M. und für die Extraleistungen einschließlich der Entfernungsgebühren 1 M. bis 1,70 M. festgesetzt. Bei Familienhilfe kommt ein Zuschlag von ½ bis ⅔ der Pauschale dazu. Eine ähnliche Verständigung kam auch für den Oberelsaß zustande. In Thüringen fanden zwischen dem Verbande der Ortskrankenkassen und Vertretern des Thüringer Aerztevereinsbundes wiederholt Unterhandlungen statt. Es gelang zwar nicht, einen bestimmten Vertrag abzuschließen, doch kam in einigen wichtigen Punkten eine Einigung zustande. Zu diesen gehört, daß eine Bezahlung nach Einzelleistungen nicht gewährt und eine Klassifizierung der Mitglieder nach dem Einkommen nicht durchgeführt wird. In Hessen war unter Mitwirkung des Ministers des Innern am 1. Dezember 1913 einem Mantelvertrag von Kassen und Aerzten zugestimmt worden. Nach Zustandekommen des Berliner Abkommens vom 23. Dez. wurde in erneute Verhandlungen eingetreten, bei denen die Kassen den Vorvertrag nicht anerkennen wollten (weil das Berliner Abkommen für sie günstiger ist), die Aerzte aber an ihm festhielten. Für Berlin wurde bereits Anfang November 1913 eine Einigung erzielt. Die Verhandlungen hatte das Oberversicherungsamt geführt. Die Aerzte gaben sich mit einem Honorar von 5 M. pro Kopf zufrieden, jedoch mit der Bedingung, daß gewisse Umstände beim Anstellungswesen aufhören. Das Abkommen soll ohne Staffelung auf 5 Jahre gelten. In Hamburg ist schon Ende des Jahres 1913 ein Abkommen erzielt worden, das zunächst bis Ende 1914 gilt. Es sieht eine Kommission unter Vorsitz des Professors Pfeiffer vor, deren Maßnahmen und Entscheidungen sich alle Kassen und Aerzte freiwillig und definitiv unterwerfen. Verhandlungen ohne bestimmten Erfolg fanden noch statt im Fürstentum Lippe, wo sich der Vertreter der Regierung auf die Seite der Kassen stellte usw.

Ueber das Ergebnis der Verhandlungen in den einzelnen Orten und mit den einzelnen Kassen sei folgendes berichtet: Allein für die freie ärztliche Behandlung der Mitglieder ist z. B. vereinbart worden in folgenden kleineren Orten: Allgemeine Ortskrankenkasse Querfurt, 3000 Mitglieder: 4 M. pro Jahr und Mitglied für Mitglieder, die nicht mehr als zwei Kilometer vom Arzt entfernt wohnen. Bei weiteren Entfernungen mehr. Nur Leistungen, für die die Gebührentaxe mehr als 10 M. vorsieht, werden besonders bezahlt. Land- und Allgemeine Ortskrankenkasse Marienburg (Hannover): Pauschale von 5,50 M. für die Land- und 6 M. für die Ortskrankenkasse, Extrabezahlung der Nachtkonsultationen mit 2 M. und Nachtbesuche mit 6 M., Geburtshilfe mit 15 M., Besuche, die nach der Krankenordnung nicht rechtzeitig bestellt sind und noch am gleichen Tage verlangt werden, mit 3 M. Alle Freiwilligen, die nach der staatlichen Veranlagung mehr als 2000 M. Einkommen haben, bezahlen die doppelten Pauschalsätze. Siegen: Pauschale 1914 von 5,50 M., für die folgenden 4 Jahre 6 M.

Dagegen wurde in folgenden größeren Städten allein für die Mitgliederbehandlung festgesetzt: Allgemeine Ortskrankenkasse Glauchau, 10 000 Mitglieder: Pauschalsumme wurde von 4,25 M. auf 5 M. erhöht. Die Kasse braucht jährlich

Digitized by Google

6500 M. mehr. Brandenburg a. d. Havel: 6 M. für Jahr und Kopf einschließlich aller Einzelleistungen. Die freie Arztwahl bleibt bestehen. Allgemeine Ortskrankenkasse Peine: Pauschale von 5 M. pro Jahr und Mitglied auf 10 Jahre. In München hat der Aerzteverein mit acht verschiedenen Krankenkassengruppen, nämlich der Ortskrankenkassen München-Stadt und München-Land, der Landkrankenkasse München, dem Sanitätsverband, den Betriebs- und Innungskrankenkassen, dem Verband der freien Hilfskassen und den kaufmännischen Kassen, Verträge bis Ende 1918 vereinbart. Sie bauen sich auf einer Grundpauschale von 6 M. auf. Allgemeine Ortskrankenkasse Cottbus: Pauschquantum 4,25 M., daneben für Zahnärzte 50 Pf., Geburtshilfe, Kilometergebühren und unaufschiebbare größere Operationen werden besonders bezahlt. Allgemeine Ortskrankenkasse Magdeburg: 6 M. Grundpauschale, außerdem bis zu 2 M. pro Kopf für alle Extraleistungen nach der Gebührenordnung, 9 M. Zuschlag für jede Familie bei Familienbehandlung und bis zu 2 M. Zuschlag für Extraleistungen für diese Familienangehörigen. Posen: Pauschalsumme von 7 M., außer der nur Fuhrkosten und Verrichtungen von Nichtkassenärzten besonders bezahlt werden. Erfurt: Bei 26-wöchentlicher Unterstützungsdauer ohne Familienfürsorge 7 M. pro Mitglied und Jahr, hiervon wird 1 M. zu besonderer Bezahlung von Extraleistungen benutzt. Außerhalb der Pauschale werden nur Fuhrkosten bezahlt. Allgem. Ortskrankenkasse Plauen: Bezahlung nach Einzelleistungen, und zwar Konsultation mit 1 M. und Besuch beim Kranken mit 1,50 M. Kilometergebühren und Operationen extra. Diese Sätze gelten auch für die freiwilligen Mitglieder mit über 2500 M. Einkommen. Landkrankenkasse Berlin-Wilmersdorf: Im Jahre 1914 Bezahlung nach Einzelleistungen, vom 1. Januar 1915 an hat die Kasse das Recht, eine Pauschale von 6,50 M., die sich von 1917 an auf 7 M. erhöht, zu zahlen. In dieser sind alle Extraleistungen und auch die Behandlung aller freiwilligen Mitglieder eingeschlossen.

Für die Behandlung der Mitglieder und der Familienangehörigen ist festgesetzt worden in folgenden mehr ländlichen Orten und Bezirken: Allgemeine Ortskrankenkasse Eisleben: 7,50 M. pro Jahr und Mitglied einschließlich aller Nebenleistungen (auch Entbindungen und Nachtbehandlung); Allgemeine Ortskrankenkasse für den Kreis Liebenwerda mit 10 000 Mitgliedern: 6 M. pro Jahr und Mitglied einschließlich aller Nebenleistungen auch für die Familienangehörigen; Allgemeine Ortskrankenkasse des Kreises Sangerhausen, 6000 Mitglieder: 5 M. pro Jahr und Mitglied, Bezahlung der Leistungen, die in der Gebührentaxe mit mindestens 5 M. angegeben sind, extra. Ebenso besondere Bezahlung der Entbindungen und Nachtbehandlungen. Allgemeine Ortskrankenkasse Torgau, 3500 Mitglieder: 5 M. pro Jahr und Mitglied, Nachtbesuche 2 M., Entbindungen 15 M. Saalkreis (Umgegend von Halle): Innerhalb der 1. Zone 4 M., innerhalb der 2. Zone 5 M., für Verheiratete 12 M. bzw. 15 M. Zur 2. Zone gehören die Orte, die mehr wie ein Kilometer vom Sitze eines Arztes entfernt liegen. Außer der Pauschale sind Kilometergebühren, Nachtbehandlung und Entbindungen besonders zu bezahlen. Sind innerhalb einer Zone mehrere Aerzte, so besteht unter diesen freie Arztwahl. Luckenwalde: Für die Behandlung der Mitglieder eine Pauschale von 5 M., für die Familienangehörigen im 1. Jahre eine Pauschale von 2000 M., in den folgenden Jahren 1,50 M. pro Kopf. Nachtleistungen, Entbindungen, Kilometergebühren extra.

Dagegen in folgenden großen Städten: In Elberfeld 9 M. für das erste, 9,25 M. für das zweite, 9,50 M. für das dritte und vierte Jahr und 10 M. für das letzte Jahr. Dabei ist zu beachten, daß die Elberfelder Kasse die ärztliche Behandlung 52 Wochen gewährt. Die Familienbehandlung tritt schon nach einer Wartezeit von 6 Wochen ein. Spezialärztliche Hilfe ist einbegriffen. Die neuen Abmachungen bringen der Kasse eine Mehrausgabe von 391 000 M. pro Jahr. In Lübeck kam es nach langen hin und her zur Festsetzung folgender Pauschale: 10 M. für das Jahr 1914, 11 M. für das Jahr 1915 und 12 M. für die Jahre 1916, 1917 und 1918 einschließlich aller kassenärztlichen Leistungen auch für die Familienangehörigen. Allgemeine Ortskrankenkasse Tilsit, 8000 Mitglieder: 8 M. pro Jahr und Mitglied. Für Nachtbesuche, Geburtshilfe werden Sonderhonorare gewährt. In Danzig ist jeder Arzt zur ärztlichen Versorgung bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse zugelassen, der im Arztregister des Versicherungsamtes eingetragen ist und die aufgestellten Bedingungen anerkennt. Die Kasse zahlt für die Behandlung sämtlicher Mitglieder einschließlich deren Familienangehörigen an den Aerzteverein vierteljährlich eine Kopfpauschale von 7 M. pro Jahr. Daneben werden Fuhrkosten ohne Abzug erstattet; bei Tage sind Fuhrkosten nur bei Besuchen in Orten, die nicht mit Bahn oder Schiff zu erreichen sind, zu erstatten. Außerhalb der Pauschale sind nach den Mindestsätzen der Gebührenordnung noch zu bezahlen Geburtshilfen, Nachtleistungen und alle Leistungen, die mit einem Mindestansatz von 10 M. bewertet sind. Bremen: Für Mitglieder ist eine Pauschale von 4,75 M. und für die Familienangehörigen derselben von 9,50 M. zu zahlen. Daneben sind zu bezahlen Nachtbesuche mit 5 M., Nachtkonsultationen mit 4 M., alle Verrichtungen, die die Gebührenordnung mit 5 M. und mehr bewertet und Spezialbehandlung. Allgemeine Ortskrankenkasse Duisburg: Pauschale für Ledige von 4 und für Verheiratete von 11,50 M. Extraleistungen werden besonders bezahlt, wenn die Vergütung dafür 5 M. übersteigt. Die Aerzte für Augen-, Ohren- und Halsleiden erhalten ein Pauschale von 1,30 M. für Versicherte mit Familie und 45 Pf. ohne Familie. Die Frauenärzte und die Aerzte für Haut- und Geschlechtsleiden erhalten 1 M. bzw. 35 Pf. und der eine Lungenspezialarzt erhält 30 bzw. 10 Pf. Allgemeine Ortskrankenkasse Essen: Für jedes Kassenmitglied 4 M., für jede versicherte Familie 8 M. pro Jahr. Extra zu bezahlen sind die Spezialärzte für Nasen, Hals und Ohren, Geburtshilfe mit 10 M. Iserlohn: Im 1. Jahre 9,40 M., im 2. Jahre 9,80 M., im 3. 10,20 M. und im 4. 10,60 M. pro Mitglied für die ganze ärztliche Behandlung der Mitglieder einschließlich Familie.

(Schluß folgt.)

Digitized by Google

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und recht deutlich zu schreiben.

Bei Betriebskrankenkassen fallen die Kosten für Abdrücke der Satzungen nicht dem Arbeitgeber zur Last.

1. Nach Spandau. Antwort: Daraus, daß es Sache des Arbeitgebers ist, die Satzung der Betriebskrankenkasse zu errichten (§ 320 RVO), kann nimmermehr hergeleitet werden, daß ihm auch die Kosten für die erforderlichen Abdrücke zur Last fallen. Die Herstellung dieser Abdrücke zur Verabfolgung an Mitglieder und Arbeitgeber (§ 325) und sonstigem notwendigen Gebrauch, ist Sache der Kassenverwaltung; die Kosten dafür sind als Verwaltungskosten grundsätzlich aus den Kassenmitteln zu bestreiten (§ 363), soweit nicht das Gesetz etwas anderes bestimmt. Bei einer Betriebskrankenkasse hat aber nach dem Gesetze der Arbeitgeber nur die Kosten für die zur Geschäftsführung bestellten Personen zu tragen (§ 362); die in Frage stehenden, rein sächlichen Kosten bleiben der Kasse zur Last.

Unentgeltliche Beschäftigung in einem Bürgermeisteramt zur Ausbildung im Kommunaldienst begründet keine Krankenversicherungspflicht.

2. Nach Hi. Antwort: Der Begriff Lehrling setzt die Beschäftigung in einem Betriebe voraus. Einen solchen stellt aber ein Bürgermeisteramt nicht dar. Daher sind die jungen Leute, die dort für ihren späteren Beruf als Kommunalbeamte ausgebildet werden, nicht als Lehrlinge zu betrachten, mögen sie auch so bezeichnet werden. Sie sind also versicherungsfrei, wenn sie keinen Entgelt beziehen. (Vergl. auch Auskunft in der Arb.-Vers. 1914 S. 342 Ziff. 5).

Erfüllungsort für die Leistung der Krankenpflege.

3. Nach Dessau. Frage: Ein hier im Kassenbezirk wohnendes Mitglied hat sich zu Pfingsten auf Besuch zu seinen in Pirna wohnhaften Eltern begeben. Es ist dort an Rheumatismus erwerbsunfähig erkrankt, hat sich dort ärztliche Behandlung und Arznei selbst beschafft und beansprucht jetzt nach Gesundung Ersatz der Kosten für Arzt und Arznei. Wir haben ihm den Ersatz auf Grund Ihrer Ausführungen in Arb.Vers. 1911 S. 264 Ziff. 16 nach Recklinghausen verweigert. Das Mitglied fühlt sich beschwert. Das Versicherungsamt ist der Ansicht, nach dem neuen Gesetz träfen Ihre Ausführungen nicht mehr zu. Was ist Ihre Ansicht?

Antwort: Eine Rechtsänderung ist nicht eingetreten, da die RVO. so wenig wie früher das KVG. Bestimmungen über den Erfüllungsort enthält. Was wir an der bezeichneten Stelle ausgeführt haben, ist aus der Natur des Rechtsverhältnisses abgeleitet und trifft jetzt so gut wie früher zu. Allerdings hat neuerdings der bayer. Verwaltungsgerichtshof in einer Entscheidung v. 9. Febr. 1914, die wir nächstens veröffentlichen werden, angenommen, daß die Kasse in dringlichen Fällen auch bei vorübergehendem Aufenthalt außerhalb des Kassenbezirks zur Leistung verpflichtet sei, wenn eine absichtliche Umgehung der Kassenhilfe am Wohnorte nicht vorliegt. Wir halten aber diese Ansicht für unbegründet.

Anspruch auf Krankengeld bei Einleitung eines Heilverfahrens durch die Reichsversicherungsanstalt.

4. Nisor. Frage: Eine Versicherte bezieht von Beginn der Arbeitsunfähigkeit ab 3 Wochen lang Krankengeld von der Ortskrankenkasse. Sie wird dann mit Zustimmung des Kassenvorstandes in ein Bad auf Kosten der Kasse untergebracht. Vor Beendigung der Badekur übernimmt die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte auf Antrag der Versicherten die Krankenfürsorge durch Unterbringung in einer Heilstätte außerhalb des Kassenbezirks, in der sie sich noch befindet. Sie ist während der ganzen Zeit arbeitsunfähig geblieben und beansprucht für diese Zeit Krankengeld, soweit es ihr nach Gesetz und Satzung zusteht. Die Kasse lehnt die Zahlung unter Bezugnahme auf § 183 Abs. 1 Satz 2 RVO. und mit der Begründung ab, die Versicherte habe sich ohne Zustimmung der Kasse in die Heilstätte begeben.

Antwort: Daß die Versicherte sich ohne Zustimmung der Kasse in die Heilstätte begeben hat, bewirkt im vorliegenden Fall nicht den Verlust des Anspruchs auf Krankengeld. Der Versicherte verliert trotz Ablehnung der von der Kasse angebotenen Krankenhilfe dann nicht jeden Anspruch auf Unterstützung, wenn die Ablehnung nach der Sachlage gerechtfertigt war. (Vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 3c zu § 184). Dies wird man aber annehmen müssen. Die Versicherte durfte sich sagen, daß die Kasse ihre Krankenhilfe über die satzungsmäßige Dauer hinaus nicht ausdehnen konnte, hingegen das von der Reichsversicherungsanstalt eingeleitete Heilverfahren nötigenfalls auch darüber hinaus fortgeführt werden würde, so daß von diesem eine vollständige Heilung eher zu erwarten war. Daß die Reichsversicherungsanstalt, weil ja bereits ein Träger der reichsgesetzlichen Arbeiterversicherung, nämlich die Krankenkasse, ein Heilverfahren eingeleitet hatte, hierzu an sich nach § 36 AVG. nicht gleichfalls befugt war, kann man die Versicherte nicht entgelten lassen; sie durfte es vielmehr der Reichsversicherungsanstalt überlassen, ihre Befugnis zur Einleitung des Heilverfahrens selbst zu prüfen. Daher kann die Versicherte für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit

Digitized by Google

das satzungsmäßige Krankengeld beanspruchen, da ihre Ansprüche hierauf gegen die Kasse durch das Heilverfahren der Reichsversicherungsanstalt nicht berührt wurden. Die Verweigerung der Zahlung unter Berufung auf § 183 Abs. 1 Satz 2 RVO. ist nicht verständlich; denn da dauernd Arbeitsunfähigkeit bestand, so beschränkte sich doch der Anspruch nicht auf Krankenpflege, so daß § 183 Abs. 1 Satz 2 gar nicht in Frage kommt. Gewährt die Kasse während der Kur nur ärztliche Behandlung, nicht auch freien Unterhalt in einer Heilanstalt, so mußte sie doch für diese Zeit Krankengeld gewähren.

Leistung des Offenbarungseides schließt nicht die Wählbarkeit zu den Ehrenämtern der Versicherungsträger aus.

5. Nach Eschwege. Antwort: Auch wer den Offenbarungseid geleistet hat, kann Vorsitzender einer Krankenkasse sein. Nicht wählbar zu den Organen der Versicherungsträger ist nach § 12 Ziff. 2 RVO. freilich, wer infolge gerichtlicher Anordnung in der Verfügung über sein Vermögen beschränkt ist. Indessen eine solche Beschränkung wird weder durch eine fruchtlose Pfändung noch durch den Offenbarungseid herbeigeführt.

Ein Maurer als Mitglied einer Bäcker-Innungs-Krankenkasse.

6. Nach Göppingen. Antwort: Wenn ein Maurer für einen Bäckereibetrieb im Auftrage des Inhabers einen Backofen und einen Kamin errichtet, so ist es überhaupt sehr fraglich, ob er als unselbständiger Arbeiter zu betrachten ist. Vielmehr wird er in solchen Fällen meist als selbständiger Handwerker zu betrachten sein; denn er wird dadurch nicht in die Organisation des Betriebes mit aufgenommen; zwischen ihm und den Inhaber besteht kein Dienst-, sondern ein Werkvertrag. Hieran dürfte auch dadurch nichts geändert werden, daß er tageweise bezahlt wird. Sollte er aber dennoch, was unter Umständen immerhin denkbar ist, als Arbeiter zu gelten haben, so würde er im Bäckerei-Betriebe beschäftigt sein und infolgedessen der Bäckerei-Innungskrankenkasse angehören. Denn dann kommt es auf die Art der Tätigkeit, die hier die eines Maurers ist, nicht an, auch kaufmännische Angestellte z. B. sind in solchen Fällen Mitglieder der Innungskrankenkasse. (Vgl. Hahn, Handb. der Kr.Vers. Anm. 3 b zu § 250). Dienstmädchen, die nicht auch in der Bäckerei, sondern ausschließlich im Haushalt tätig sind, gehören übrigens nicht zur Innungs-, sondern zur Landkrankenkasse, und falls eine solche nicht besteht, zur Allgemeinen Ortskrankenkasse.

Beschäftigung von Hilfskräften durch eine Heimarbeiterin.

7. Nach Schw. Antwort: Nach Ihren Angaben ist anzunehmen, daß die Polierin Heimarbeiterin und nicht selbständige Hausgewerbtreibende ist. Denn ihr werden sogar die Arbeitsräume, nicht nur das Material von dem industriellen Werk zur Verfügung gestellt; auch muß die Ablieferung binnen jeweils von dem Werk zu bestimmender Frist stattfinden. Unter diesen Umständen muß als Arbeitgeber der von der Polierin angenommenen Hilfskräfte gleichfalls das Werk gelten. Diese sind bei der Betriebskrankenkasse dann anzumelden, wenn sie in den Räumen des Werkes beschäftigt werden; denn dann sind sie eben im Betriebe beschäftigt, für den die Betriebskrankenkasse errichtet ist. Arbeiten aber die Hilfskräfte in der eigenen Wohnung, so muß erst festgestellt werden, ob sie Heimarbeiter oder Hausgewerbtreibende sind. (Ueber den Unterschied vgl. Hahn, Handb. der Kr.-Vers., Anm. 2 zu § 162). Als Heimarbeiter würden sie Mitglieder der Betriebskrankenkasse sein, als Hausgewerbtreibende werden sie bei derjenigen Landkrankenkasse — wo eine solche nicht, bei derjenigen Ortskrankenkasse — versichert, in deren Bezirk sie ihre eigene Betriebsstätte haben (§§ 466, 237 Abs. 2 RVO.).

Wem fällt der Ueberschuß des Sterbegeldes zu, wenn der Versicherte im Krankenhaus gestorben ist?

8. Nach W.-R. Antwort: Die häusliche Gemeinschaft wird dadurch nicht aufgehoben, daß der Versicherte in einer Kranken- oder Heilanstalt untergebracht wird; denn das geschieht doch nur vorübergehend, nicht dauernd. Daher gebührt der Ueberschuß, der vom Sterbegeld nach Begleichung der Beerdigungskosten verbleibt, der Witwe, mit der der Verstorbene bis zu seiner Ueberführung in die Heilanstalt, in der er gestorben ist, in häuslicher Gemeinschaft gelebt hat.

Ersatzanspruch der aushelfenden Krankenkasse für Krankenpflege.

9. Nach Rudolstadt. Antwort: Wenn in § 222 RVO. gesagt ist, daß die aushelfende Kasse als Ersatz für die Krankenpflege $^3/_8$ des Grundlohnes zu beanspruchen habe, so kann damit nur gemeint sein, daß derjenige Grundlohn maßgebend sein soll, nach welchem die baren Leistungen derjenigen Lohnstufe bemessen werden, der der Versicherte angehört. Bestehen bei dessen Kasse mehrere Lohnstufen, so wird eben diejenige zu Grunde gelegt, in die der Versicherte gehört, nicht aber wird der Durchschnitt der Grundlöhne aller Lohnstufen seiner Kasse genommen, obwohl allerdings der Umfang der ärztlichen Behandlung und der Heilmittel für alle Lohnstufen derselbe ist. Der Ersatz für Krankenpflege beträgt also keineswegs stets dieselbe Summe (vgl. Hahn, Handb. der Kr.Vers. Anm. 3 zu § 222).

Krankengeld für Sonn- und Feiertage, die keine Arbeitstage sind, ist eine Mehrleistung.

10. N. 100. Antwort: Das Krankengeld, das nach ausdrücklicher Satzungsvorschrift auch für solche Sonn- und Feiertage gewährt wird, die keine Arbeitstage sind (§ 191 Abs. 1 Satz 1 RVO.), ist eine Mehrleistung, denn als Regelleistungen gelten nach § 179 RVO. nur diejenigen Leistungen, die durch die RVO. vorgeschrieben sind. (Vgl. Hahn, Handb. der Kr.Vers., Anm. 2 zu § 191). Infolgedessen ist der Anspruch auf dieses Krankengeld abhängig von dem Ablauf der durch die Satzung für die Mehrleistungen festgesetzten Wartezeit (§ 208 RVO.).

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde Bellevuestr. 44b.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel
Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Dippe; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe; Geh. Regierungsrat Professor Dr. Laß, Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Rat Dr. Olshausen; Geheimrat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1070 der ganzen Folge

21. Jahrgang | **11. Juli 1914** | **Heft 20**

Prüfungsordnungen für Kassenangestellte.

Nach § 352 RVO. hat die Dienstordnung u. a. auch den Nachweis der „fachlichen Befähigung" derjenigen zu regeln, die sich um Anstellung im Kassendienste bewerben. Diese Befähigung muß auch in anderer Weise als durch die Zurücklegung eines vorgeschriebenen Bildungsganges nachgewiesen werden können. Das bedeutet, daß, von dieser Beschränkung abgesehen, die Dienstordnung die Art des Nachweises frei bestimmen, also auch vorgeschrieben werden kann, daß — allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen, insbesondere etwa nur für bestimmte Stellen — der Nachweis der Befähigung durch Ablegung einer Prüfung zu führen ist. Dann ist die Zusammensetzung der Prüfungsstelle und alles nähere über die von den Bewerbern nachzuweisenden Fähigkeiten in der Dienstordnung oder in einer ihr besonders anzufügenden „Prüfungsordnung" festzustellen. Diese bildet einen Teil der Dienstordnung. Für ihre Aufstellung gelten daher alle Vorschriften des § 355; insbesondere bedarf sie also auch der Genehmigung des Oberversicherungsamtes, die versagt werden kann, wenn „ein wichtiger Grund" vorliegt. Das wird namentlich dann anzunehmen sein, wenn die Zusammensetzung der Prüfungsstelle keine Gewähr für unparteiische Prüfung bietet, oder wenn die Anforderungen an die durch die Prüfung nachzuweisenden Fähigkeiten der Bewerber im Verhältnis zu den ihnen obliegenden Aufgaben nicht sachgemäß, besonders zu niedrig bemessen sind usw. Schreibt die Dienstordnung eine Prüfung nicht vor, so hat sie über anderweitigen Nachweis der erforderlichen Fähigkeiten das Nähere zu bestimmen; und in diesem Falle hat sich die Prüfung des Oberversicherungsamts in entsprechender Weise darauf zu erstrecken, ob die Gewähr besteht, daß nur zulängliche und verläßliche Kräfte mit der Erledigung von Kassengeschäften betraut werden. Einiges über Befähigungsnachweis im allgemeinen und Prüfungen im besonderen haben wir schon im Jahrg. 1913 S. 692, 693 bemerkt. Indem wir hierauf verweisen, fügen wir hinzu, daß die Meinungen über den Wert von Prüfungen recht geteilt sind. Sie obligatorisch vorzuschreiben, halten wir nicht für gut. Wir teilen die Auffassung, die in einer Zuschrift an uns zum Ausdruck kommt und dahin geht, daß Prüfungen auf diesem wie auf anderen Gebieten allzusehr von Zufälligkeiten abhängen werden, daß eine tüchtige Kraft durchfallen und eine weniger brauchbare bestehen kann.

Im folgenden teilen wir zunächst aus einigen von den obersten Verwaltungsbehörden erlassenen Musterdienstordnungen die wichtigsten Bestimmungen über das Prüfungswesen mit, wobei zu bemerken ist, daß diese Bestimmungen weder für die Kassenorgane bei Aufstellungen der Dienstordnungen, noch für die Oberversicherungsämter bei der Prüfung im Genehmigungsverfahren bindend sind.

Digitized by Google

Für Preußen ist bestimmt (vgl. Arb.-Vers. 1913 S. 14 ff; § 5):

Zum Nachweis ihrer fachlichen Befähigung haben sich die in den Klassen . . . anzustellenden Personen einer Prüfung durch den Prüfungsausschuß zu unterwerfen.

Der Prüfungsausschuß kann die Prüfung ganz oder zum Teil erlassen, wenn und soweit der Bewerber seine fachliche Befähigung bereits anderweit zweifelsfrei nachgewiesen hat.

Der Prüfungsausschuß besteht aus drei Mitgliedern einschließlich des Vorsitzenden. Den Vorsitzenden bestellt der Vorsitzende des Versicherungsamts nach Anhörung des Kassenvorstandes. Die beiden anderen Mitglieder, von denen das eine Kassenangestellter sein muß, bestimmt der Kassenvorstand. Für jedes Mitglied werden ein oder mehrere Stellvertreter in der gleichen Weise wie die Mitglieder bestimmt.

Die Amtsdauer der Mitglieder beträgt sechs Jahre. Alle zwei Jahre scheidet ein Mitglied und dessen Stellvertreter aus. Die das erste- und zweitemal Ausscheidenden bestimmt das Los. Die Ausscheidenden können von neuem bestellt werden.

Der Prüfungsausschuß entscheidet nach Stimmenmehrheit. Der Vorsitzende ist berechtigt, Beschlüsse des Prüfungsausschusses mit aufschiebender Wirkung zu beanstanden. Ueber die Beanstandung entscheidet der Vorsitzende des Versicherungsamts endgültig.

Im übrigen bestimmt die Prüfungsordnung das Verfahren des Prüfungsausschusses und den Gang der Prüfung. Sie bedarf der Genehmigung des Oberversicherungsamts.

Gegen die Gültigkeit einer solchen Relegung bestehen Bedenken. Wenn der Vorsitzende des Prüfungsausschusses vom Vorsitzenden des Versicherungsamts bestellt wird, wenn dieser Kommissar des Versicherungsamts Beschlüsse des Prüfungsausschusses „mit aufschiebender Wirkung" beanstanden, also die Anstellung eines vom Prüfungsausschusse für geeignet erklärten Bewerbers aufhalten kann, und wenn über die Beanstandung der Vorsitzende des Versicherungsamts endgültig entscheidet, so bedeutet das praktisch, daß auf diese Weise das Versicherungsamt in das nach § 349 RVO. dem Kassenvorstande zustehende Stellenbesetzungsrecht eingreifen, dem Beschlusse des Vorstandes maßgebend vorgreifen, die Anstellung eines bestimmten Bewerbers von vornherein vereiteln kann. Sachgemäß erscheint es, daß über die Befähigung eines Bewerbers, also über eine Voraussetzung der Anstellung, der Vorstand sich das entscheidende Wort vorbehält, so daß dem Votum des Prüfungsausschusses nur der Wert eines Gutachtens zukommt. Es ist auch nicht recht abzusehen, wie der Vorsitzende des Versicherungsamts sich ein endgültig maßgebendes Urteil über den „Beschluß des Prüfungsausschusses", d. h. über das Ergebnis der Prüfung, an der er selbst nicht teilgenommen hat, sollte bilden können; er würde sich, wenn er nicht etwa selbst die Prüfung wiederholen will, im wesentlichen auf den Bericht seines Kommissars verlassen müssen. So oder so hätte hiernach das Amt, nicht der Vorstand, das entscheidende Wort zu sprechen. Darauf sollte keine Kasse eingehen; gezwungen kann sie hierzu nicht werden. Wäre das Prüfungsergebnis unter Verletzung der Bestimmungen der Dienstordnung (Prüfungsordnung) zustande gekommen, so würde ein hierauf beruhender Anstellungsbeschluß vom Vorsitzenden des Vorstandes zu beanstanden sein (§ 357), und hierüber hätte das Versicherungsamt als Aufsichtsbehörde nicht „endgültig", sondern vorbehaltlich der Beschwerde an das Oberversicherungsamt und der weiteren Beschwerde an das Reichsversicherungsamt zu entscheiden (§§ 357, 377, 1792, 1797). Diese das Selbstverwaltungsrecht des Kassenvorstandes besser wahrende Rechtslage würde durch eine Gestaltung der Prüfungsordnung nach dem preußischen Muster in unzulässiger Weise verschoben.

Für Bayern bestimmt § 7 der Musterdienstordnung (Erl. v. 27. Dezember 1913) folgendes:

Als Angestellter der Kasse kann nur angestellt werden, wer vom Prüfungsausschusse für die zu übertragende Stelle als geeignet erklärt ist.

Der Prüfungsausschuß kann eine besondere Prüfung ganz oder zum Teil erlassen, soweit der Bewerber seine fachliche Befähigung bereits anderweit zweifelsfrei nachgewiesen hat. Dies gilt insbesondere für Bewerber, die die Prüfung für den mittleren Verwaltungsdienst oder den Arbeiterversicherungsdienst bestanden haben.

(Oder statt Abs. I und II:

Bewerber, deren fachliche Befähigung nicht auf Grund der vorgelegten Zeugnisse von beiden Gruppen im Vorstand übereinstimmend anerkannt wird, haben den Nachweis ihrer fachlichen Befähigung durch Ablegung einer Prüfung vor einem besonderen Prüfungsausschuß zu erbringen.)

Der Prüfungsausschuß besteht aus dem Vorsitzenden und zwei weiteren Mitgliedern. Den Vorsitzenden bestellt der Vorsitzende des Versicherungsamts. Die beiden anderen Mitglieder,

Digitized by Google

von denen das eine ein Kassenangestellter sein soll, bestimmt der Kassenvorstand.

(Die Bildung des Prüfungsausschusses erfolgt je nach Bedarf. Als Mitglied des Ausschusses kann auch ein Angestellter einer anderen Kasse bestimmt werden.)

(Der Prüfungsausschuß wird für vier Jahre bestimmt. Für jedes Mitglied werden ein oder mehrere Stellvertreter in gleicher Weise wie die Mitglieder bestimmt. Alle zwei Jahre scheiden ein Mitglied und dessen Stellvertreter aus. Die das erste und zweite Mal ausscheidenden bestimmt das Los. Die Ausscheidenden können wieder gewählt werden.)

Der Prüfungsausschuß entscheidet nach Stimmenmehrheit. Der Vorsitzende kann Beschlüsse des Prüfungsausschusses mit aufschiebender Wirkung beanstanden. Ueber die Beanstandung entscheidet der Vorsitzende des Versicherungsamts, auf Beschwerde das Oberversicherungsamt endgültig.

(Der Prüfungsausschuß kann eine Prüfungsordnung erlassen. Sie bedarf der Genehmigung des Oberversicherungsamts.)

Auch hier ist also eine Regelung nach dem bedenklichen preußischen Muster vorgesehen.

Für das Königreich Sachsen ist in § 4 der Musterdienstordnung (Erl. v. 15. Dezember 1913) nur vorgesehen, daß der Vorstand (durch getrennte Abstimmung der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer, § 6) beschließen kann, daß für die Anstellung und spätere Beförderung in höhere Stellen eine Prüfungsordnung aufzustellen ist. Das Nähere ist also hier sachgemäß dem freien pflichtmäßigen Ermessen des Vorstandes und des Oberversicherungsamts, das über die Genehmigung der Prüfungsordnung (als eines Teiles der Dienstordnung) zu befinden hat, überlassen.

Es scheint, daß diese „Muster" keine sehr anregende Wirkung ausüben, und daß die meisten Kassen keine rechte Neigung haben, sich auf ein umständliches Prüfungswesen überhaupt einzulassen, mindestens nicht, als Nachweis der Befähigung zwingend eine Prüfung vorzuschreiben und besonders nicht, das entscheidende Wort über das Ergebnis der Prüfung einer Instanz außerhalb des Kassenorganismus zu übertragen. So wird im allgemeinen der Befähigungsnachweis für eine dauernde Anstellung bei den Berliner Ortskrankenkassen durch eine bei der Kasse geleistete erfolgreiche einjährige Probedienstzeit, die in Leistung und Führung befriedigend ist, oder durch das Dienstzeugnis über eine mehrjährige befriedigende Tätigkeit in einer ähnlichen Stellung, als erbracht angesehen. Bei den Angestellten in leitenden Stellungen und solchen mit größerer Verantwortlichkeit soll außerdem die Ablegung einer schriftlichen Prüfung oder eine Probedienstzeit bis zu sechs Monaten gefordert werden können. Ueber die Befähigung entscheidet der Vorstand. Die Genehmigung des Oberversicherungsamts steht freilich hier, wie meist auch anderwärts, noch aus.

Die Allgemeinen Ortskrankenkassen Leipzig-Stadt und Dresden-Stadt haben schon früher Prüfungsordnungen besessen und sie wieder aufgestellt. Die Dresdener Ordnung sieht eine Assistenten- und eine Sekretärprüfung vor. Für erstere wird nur zugelassen, wer 25 Jahre alt gewesen und mindestens 3 Jahre im Dienste der Kasse ist. Die Prüfung wird mündlich und schriftlich abgelegt. Geprüft wird auf Kenntnis der Satzung, der wesentlichen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung und der Arbeiterschutzbestimmungen, Gewandheit in der deutschen Sprache und im Rechnen, Kenntnis der Stenographie (Gabelsberger). Die Sekretärprüfung setzt die Ablegung der Assistentenprüfung und eine Tätigkeit von zwei Jahren in Beamtengruppe III (Assistenten) voraus. Prüfungsgegenstände sind die bereits erwähnten und außerdem Kenntnis der Reichs- und Landesverfassung, der Angestelltenversicherung und Gemeindeordnungen, sowie eingehende Kenntnis der Reichsversicherungsordnung und der Reichs- und Landesbehördenorganisation, einschließlich derjenigen der Gerichte. Die Prüfungskommission besteht aus dem Vorsitzenden, einem Arbeitgeber-, zwei Arbeitnehmervertretern des Vorstandes und den beiden Bureauvorständen.

Bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse in Stettin, deren Dienstordnung bereits genehmigt ist, wird der Befähigungsnachweis erbracht: durch zweijährige erfolgreiche Probedienstzeit oder durch das Zeugnis über mehrjährige befriedigende Tätigkeit in einer ähnlichen Stellung. Bei leitenden Stellen und solchen mit größerer Verantwortung kann

Digitized by Google

außerdem eine schriftliche Prüfung oder eine Probezeit von 6 Monaten gefordert werden. Ob die Befähigung vorliegt, entscheidet der Vorstand. Den Prüfungsausschuß wählt der Vorstand. Er besteht aus dem Vorsitzenden, einem Arbeitgeber-, zwei Arbeitnehmervertretern des Vorstandes und einem Angestellten.

In ähnlicher Weise haben viele Kassen die Frage geregelt, und es will uns scheinen, daß die Vorschriften von Stettin vollkommen genügen. Will man eine Prüfungsordnung aufstellen, so könnte das Dresdener Muster wohl benutzt werden, doch sind die Gegenstände der Sekretärprüfung nicht glücklich gewählt. Die nochmalige Prüfung in den Kenntnissen, die schon für die Assistentenprüfung verlangt werden, erscheint überflüssig und die Anforderungen an allgemeine Verfassungs- und Rechtskenntnisse gehen wohl zu weit. Einige wesentliche Vorschriften hierüber kämen in Frage, dann aber vor allem einige Kenntnis der Rechtsprechung zur Arbeiterversicherung, des Geschäftsganges der Kasse, sowie besonders wichtiger Vorschriften des Zivilprozesses und des bürgerlichen Rechts.

Da wir aus mehrfachen Zuschriften ersehen, daß immerhin manche Kassen ein Interesse an der Kenntnis eines vollständigen Entwurfes einer Prüfungsordnung haben, so teilen wir schließlich einen solchen mit. Er ist für die Allg. Ortskrankenkasse in Halle a. S. aufgestellt und scheint uns im allgemeinen eine sachgemäße, im einzelnen der Vereinfachung fähige Anleitung zu bieten, die je nach den Verhältnissen der einzelnen Kassen umgemodelt werden kann. Dem Entwurf liegt, wie zum Verständnis zu bemerken ist, die von der Tarifgemeinschaft des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen und des Verbandes der Bureauangestellten als Norm angesehene Gruppeneinteilung der Angestellten zu Grunde, nämlich:

I. Geschäftsführer, Rendanten, Hauptkassierer, Abteilungsvorsteher und alle Angestellten in leitenden Stellungen;

II. Vertreter der Angestellten der Gruppe I, Kassenkontrolleure, Tageskassierer, Korrespondenten, Angestellte mit besonderer Verantwortlichkeit im Abfertigungsdienst und in ähnlichen Stellungen;

III. Angestellte in der Krankenabfertigung, dem Melde- und Rechnungswesen, Stenotypisten;

IV. Bureauangestellte, die nicht zu den Gruppen II, III oder V gehören, Krankenbesucher, Beitragsammler, Bureauboten;

V. Angestellte unter 23 Jahren, die in der Kasse ausgebildet worden sind, während der ersten zweijährigen Anstellung.

Entwurf einer Prüfungsordnung.

1. Die Anwärter haben sich innerhalb und außerhalb der Dienststunden mit den Geschäften der Krankenkassenverwaltung vertraut zu machen. Sie müssen, bevor sie zur ersten Prüfung zugelassen werden, in mindestens zwei Abteilungen gearbeitet haben. Die Versetzung in eine andere Dienststelle erfolgt nur, wenn sich der Anwärter nach dem zu den Akten einzureichenden Zeugnisse des Stellenvorstehers mit den Aufgaben der Dienststelle ausreichend vertraut gemacht hat.

2. Die Anwärter haben sich im zweiten Jahre nach ihrer Einstellung als Hilfsarbeiter oder nach Erreichung des 23. Lebensjahres zur Prüfung zur Gruppe III zu melden. Die Prüfungen werden vom Vorstande nach Bedarf anberaumt und der Zeitpunkt 6 Wochen vorher bekannt gegeben.

3. Die Prüfung richtet sich auf folgende Gegenstände:

a) Einteilung und Einrichtungen der hiesigen Krankenkassenverwaltung,
b) Geschäftsführung der Bureaus und Kassen,
c) Kenntnis der Reichsversicherungsordnung und der für die Krankenkassenverwaltung wesentlichsten Vorschriften, insbesondere auf dem Gebiete derjenigen Stellen, in welchen der Prüfling gearbeitet hat.

4. Die Prüfung zerfällt in eine schriftliche und eine mündliche. Erstere umfaßt zwei praktische unter Aufsicht anzufertigende Aufgaben, durch die der Anwärter nachzuweisen hat, daß er einfachere Schriftstücke mit geordnetem Gedankengange ohne sprachliche und orthographische Verstöße praktisch brauchbar zu fertigen vermag.

5. Der Prüfungsausschuß besteht aus drei Vorstandsmitgliedern, darunter einer der Vorsitzenden, welcher den Vorsitz führt, 2 Beamten (Angestellten) und einem staatlich geprüften Lehrer.

6. Wer die Prüfung besteht, erhält nach Maßgabe seiner Prüfungsleistungen das Prädikat „ausreichend", „gut" oder „ausgezeichnet bestanden".

7. Wer nicht bestanden hat, kann nach einer zwischen 3 und 12 Monaten von dem Prüfungsausschuß zu bemessenden Frist zu einer zweiten Prüfung zugelassen werden. Eine nochmalige Wiederholung der Prüfung soll nicht gestattet werden.

Wer die Prüfung endgültig nicht bestanden hat, wird entlassen.

8. Angestellte der Gruppe III, welche die erste Prüfung bestanden haben, können die Zulassung zur Prüfung für Gruppe II beantragen. Der Antrag soll nicht vor Ablauf von 6 Monaten nach der ersten Prüfung gestellt werden.

Digitized by Google

9. Für die zweite Prüfung gilt die Vorschrift unter 3 mit der Maßgabe, daß für die dort bezeichneten Gegenstände ein erweitertes Wissen, insbesondere eingehendere Kenntnis der Reichsversicherungsordnung und der für die Krankenkassenverwaltung wesentlichen Gesetze sowie der Dienstanweisungen und sonstigen Vorschriften der Allgemeinen Ortskrankenkasse, gefordert wird.

10. Die Prüfung erfolgt schriftlich und mündlich. Schriftlich sind unter Aufsicht eine theoretische und zwei praktische Aufgaben zu bearbeiten. Für die Prädikate und die Wiederholung der Prüfung gilt das unter 6 und 7 Gesagte, jedoch mit der Abweichung, daß eine zweite Wiederholung der Prüfung ausgeschlossen ist und ein Entlassungsgrund hieraus nicht hergeleitet werden kann.

Der Prüfungsausschuß setzt sich wie unter 5 erwähnt zusammen.

Zu Angestellten der Gruppe I werden nur solche Angestellte ernannt, welche zur selbständigen Verwaltung einer der für Angestellte der Gruppe I im Voranschlage vorgesehenen Dienststellen geeignet sind.

Die Ablegung einer Prüfung begründet keinen Anspruch auf Anstellung in Gruppe II und III.

Zu Nr. 11 des Berliner Abkommens zwischen Krankenkassen und Aerzten.

Von Regierungsassessor **Dr. Posse** in **Beuthen OS.**

Von den Bestimmungen des Berliner Abkommens zwischen Krankenkassen und Aerzten vom 23. Dezember 1913 (vgl. Arbeiter-Versorgungg, S. 50ff.) bringt in der Praxis gegenwärtig die Auslegung der Nr. 11 besondere Schwierigkeiten mit sich. Die Nr. 11 schreibt in ihrem letzten Absatze vor, daß die entstehenden Kosten für die Abfindung der Streikärzte der Leipziger Verband unter folgender Voraussetzung übernimmt: Die Verbände der Kassen werden ihren Einfluß dahin geltend machen, daß allenthalben die Kassen zu dem Arzthonorar für diesen Zweck einen Zuschlag von jährlich 5 Pfennig auf den Kopf der Versicherten bewilligen, durch den die Hälfte der Kosten gedeckt werden soll. Die andere Hälfte übernehmen die Aerzte mit jährlich 10 Pfennig Abzug vom Arzthonorar auf den Kopf des Versicherten bis zur Deckung der dem Leipziger Verband zufallenden Hälfte der Abfindungskosten. Gegen die Regelung der Kostenfrage in der Nr. 11 setzte zunächst ein größerer wirtschaftlicher Widerstand der Krankenkassen ein. Man berief sich sich in Verkennung des Wertes des Berliner Abkommens als Friedensdokumentes darauf, daß viele Kassen keinem Kassenverbande angehörten, daß sie am Aerztestreik gar nicht beteiligt gewesen wären, daß sie sich nicht für befugt hielten, die Kassenmittel zu einem doch kassenfremden Zwecke zu verwenden. In längeren Verhandlungen wird es wohl inzwischen allerwärts gelungen sein, die Kassen von ihrem Widerstande abzubringen. Der Hinweis auf die großen Vorteile des Berliner Abkommens bei der Regelung der Arztfrage in der Zukunft; die Ueberlegung, daß dem allgemeinen Interesse, dem das Berliner Abkommen dient, das Interesse der einzelnen Kassen zu weichen hat, und daß es sich bei der Gewährung des Zuschlages nur um verhältnismäßig geringfügige Summen für eine kürzere Zeit handelt, die auch die organisierten Aerzte ihrerseits mitzutragen sich verpflichtet haben; die Erwägung, daß Kassenmittel zur Gewährung des Zuschlages sehr wohl verwendet werden können, weil dieser Zuschlag als Teil des Arzthonorars anzusehen ist, werden ihre Wirkung nicht verfehlt haben. Es möge hier nur auf die Betriebskrankenkassen-Korrespondenz verwiesen werden, (vgl. Arbeiter-Versorgung, S. 172) die sich, ohne mit dem Abkommen vollkommen einverstanden zu sein, folgendermaßen über den Wert des Berliner Abkommens ausläßt: „Wenn auch das Abkommen bei den Kassen nicht in jeder Hinsicht Befriedigung auslösen sollte, so ist zu bedenken, daß es sich um eine friedliche Einigung handelt, bei der jeder Teil etwas zum Friedensschluß beitragen muß. Das Abkommen ist ein Markstein in der Entwicklung der Arztfrage und der Krankenversicherung. Zehn Jahre lang werden die Kassen durch Arztkämpfe nicht gestört und können sich in Ruhe den ihnen obliegenden Aufgaben widmen. Aerzte und Kassen, die sich bisher oft verständnislos gegenüberstanden, werden durch die Einrichtungen des

Digitized by Google

Abkommens einander näher gebracht. Dies wird dazu beitragen, daß die beiderseitigen Wünsche und Forderungen gerechter abgewogen werden, und daß aufeinander Rücksicht genommen wird. Bei den Kassen und Aerzten besteht die Hoffnung und der Wunsch, daß das allgemeine Einigungsabkommen im wahren Sinne ein Friedenswerk werde, das sowohl den Interessen der Kassen und Versicherten, als auch denen der Aerzte förderlich ist."

Es kann nicht verkannt werden, daß es der zur Beseitigung der aufgetretenen Zweifel niedergesetzten Kommission in den verabredeten Ausführungsbestimmungen vom 11. März 1914 zu Nr. 11 des Berliner Abkommens (vgl. Arbeiter-Versorgung, S. 282) gelungen ist, die Bedenken der Kassen gegen die Aufbringung der Mittel zur Abfindung der Streikärzte mit den Bestimmungen über die Berechnung und Abführung der Beiträge und mit der Einführung der Verwaltungsstelle und des Prüfungsausschusses zum größten Teile zu zerstreuen. Die technischen Schwierigkeiten bei Berechnung und Abführung der Beiträge auszuräumen, war nicht die Aufgabe der Kommission und konnte ihr im übrigen auch nicht restlos glücken, weil die Anforderungen des täglichen Lebens hier immer neue Fragen aufwerfen. Dem Zentralausschusse gemäß Nr. 12 des Berliner Abkommens und der Verwaltungsstelle nach Nr. 2 der Ausführungsbestimmungen vom 11. März 1914 bei der Aufforderung zur Zahlung der Beträge an die Kassen wird dabei noch ein reiches Tätigkeitsgebiet erwachsen. Einige aus der jüngsten Praxis gegriffene Beispiele mögen die Hindernisse bei der Berechnung der Beiträge beleuchten:

1. Die Ausführungsbestimmungen vom 11. März 1914 ordnen in Nr. 1 an: „Die nach Nr. 11, Abs. 3 des Berliner Abkommens bewilligten Zuschläge von jährlich 5 Pfennig zum Arzthonorar, sowie die von den Aerzten zugestandenen Abzüge vom Arzthonorar in Höhe von jährlich 10 Pfennig auf den Kopf des Versicherten sind bei Auszahlung der Arzthonorare von der Kasse zurückzubehalten und vierteljährlich an die Königliche Seehandlung abzuführen." Der erste Termin zur Abführung der Beträge für das erste Halbjahr 1914 naht mit dem 15. Juli 1914 heran. Es ist mehrfach bekannt geworden, daß einzelne Kassenärzte sich weigern, den Beitrag von ihrem Jahreshonorar zu entrichten. Dieser Mangel an Solidaritätsgefühl hat teilweise die bedauerliche, aber verständliche Rückwirkung auf die Krankenkassen gezeitigt, daß nunmehr Krankenkassen, die mit den den Abzug verweigernden Aerzten im Vertrage stehen, auch ihrerseits die Bewilligung des 5-Pfg.-Zuschlages ablehnten. Erst in längeren Verhandlungen gelingt es hier zumeist, die Krankenkassen von der Zwecklosigkeit ihres Widerstandes zu überzeugen. Wie wird aber im Falle der Weigerung des Arztes die Kasse ihrer Verpflichtung zur Abführung der Beträge gerecht? Einfach liegt die Sache, wenn der sich weigernde Kassenarzt nicht einer Arztorganisation angehört. Dann üben das Berliner Abkommen und die Ausführungsbestimmungen zu Nr. 11 keine Wirkung auf ihn aus; die Krankenkasse hat nur ihren Zuschlag von 5 Pfennig zum Arzthonorar auf der Kopf des Versicherten an die Seehandlung abzuführen. Ein rechtlicher Druck auf den nicht organisierten Arzt, welcher der moralischen Verpflichtung zur Bewilligung des auf ihn entfallenden Betrages nicht nachkommt, kann nicht ausgeübt werden. Im anderen Falle, wenn organisierte Aerzte die Verpflichtung zur Zahlung ihres Beitragsteiles ablehnen, wird ebenfalls die Krankenkasse vorläufig einen Abzug vom Arzthonorar nicht vorrechnen können, bis der Zentralausschuß in Berlin, dem die Frage vorzulegen ist, über den Streit entschieden oder der Aerzteverband den Einfluß auf sein Mitglied geltend gemacht hat.

2. Eine ganze Reihe von Krankenkassen besoldet ihre Aerzte nicht mit einer Leistung auf den Kopf des Versicherten, sondern in einer Pauschalsumme. Muß sich hier auch der einzelne Arzt oder die Gesamtheit der mit der Kasse vertraglich gebundenen Aerzte einen Abzug von 10 Pfennig auf den Kopf des Versicherten gefallen lassen, der bei einer Mehrzahl von Aerzten entsprechend zu ver-

Digitized by Google

teilen wäre? Hier ist m. E. die Einziehung eines Betrages pro Kopf des Versicherten von dem Arzte nicht angängig. Die Pauschalentschädigung kommt vornehmlich bei großen Krankenkassen in Betracht; mit ihrer Eigentümlichkeit, daß sie meist für eine längere Zeit ohne Rücksicht auf die Zahl der Krankenkassenmitglieder dem Arzt gesichert ist, verbindet sich das rechtliche Merkmal, daß sie eben als Pauschalsumme geringer ist, als die Gesamtheit der für die Kopfzahl der Versicherten gewährten Einzelleistungen sein würde. Das Risiko liegt hier beim Arzte: werden ihm über die Zahl des Durchschnittes hinaus Krankenkassenmitglieder zur Behandlung überwiesen, so wird er für seine Leistungen nicht vollkommen entschädigt; ist dagegen die Zahl der zu Behandelnden gering, so liegt der Vorteil der Pauschalsumme auf seiner Seite. Die Vorschrift des Berliner Abkommens und der Ausführungsbestimmungen, daß der Arzt mit einem Abzuge von jährlich 10 Pfennig auf den Kopf der Versicherten einverstanden sein müsse, kann nach Inhalt und Sinn wörtlich nur auf den Fall angewandt werden, daß der Arzt für den einzelnen Versicherten entschädigt wird. Ist er auf Pauschquantum von der Kasse angestellt, so hat er einen Betrag zu leisten, der dem Abzuge von 10 Pfennig auf die für den einzelnen Versicherten ausgesetzte Leistung pro Kopf und Jahr für den Versicherten entspricht. Angenommen, die Krankenkasse vergütet die Behandlung eines einzelnen Kassenmitgliedes mit 5 Mark im Jahr, so hat der bei derselben Kasse durch Pauschquantum entschädigte Arzt sich einen Abzug gefallen zu lassen, der dem Betrage von 10 Pfennig auf 5 Mark pro Kopf und Jahr entspricht, mit anderen Worten hat er 2 Prozent seiner Pauschsumme zu entrichten. Dieser Auslegung steht zwar der Wortlaut, aber m. E. nicht der Sinn der Nr. 1 in den Ausführungsbestimmungen entgegen.

3. Es wird weiterhin mehrfach der Fall vorhanden sein, daß ein Kassenarzt für die Leitung eines der Kasse gehörenden Krankenhauses eine besondere Summe bezieht. M. E. darf diese Summe in das bei der Berechnung des Abzuges zugrunde zu legende Arzthonorar nicht einbezogen werden, weil als Arzthonorar nur die Vergütung für Behandlung von Krankenkassenmitgliedern oder von Angehörigen der Mitglieder aufzufassen ist.

4. Auch die Beantwortung der Frage, ob sich das Berliner Abkommen auf nicht in ständiger Geschäftsverbindung mit den Krankenkassen stehende Spezialärzte bezieht, kann zweifelhaft sein. M. E. liegt für die Verneinung der Frage, für eine andere Stellung der Spezialärzte als der allgemeinen Kassenärzte kein Grund vor. Der von der Krankenkasse einzubehaltende Honorarbetrag wird sich auf 10 Pfennig auf den Kopf des behandelten Kassenmitgliedes bei Vergütung der Einzelleistung, sonst bei Anstellung des Arztes auf Pauschsumme auf eine entsprechende Summe, wie unter 2. ausgeführt, belaufen müssen.

Das sind einzelne, aus der Praxis gegriffene Beispiele von Schwierigkeiten bei Berechnung der abzuführenden Beträge, die sich je nach den Vorkommnissen beliebig vermehren lassen. Die großen Errungenschaften des Berliner Abkommens und der Ausführungsbestimmungen lassen die Erwartung begründet erscheinen, daß die beteiligten Parteien, die sich schon soweit entgegengekommen sind, über die noch zu beseitigenden, im Rahmen des Ganzen doch geringfügigen Hindernisse im Wege des gegenseitigen Einvernehmens hinweghelfen werden.

Digitized by Google

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Mustersatzungen für die hausgewerbliche Krankenversicherung.

Durch Bekanntmachung des Reichskanzlers v. 22. Mai 1914 sind in Nr. 26 S. 305 ff. des Zentralbl. f. d. Deutsche Reich die vom Bundesrat zur Durchführung der hausgewerblichen Krankenversicherung beschlossenen Nachträge zu den Mustersatzungen für Landkrankenkassen und für allgemeine Ortskrankenkassen veröffentlicht.

Bestimmungen, betreffend Verwendung von Kassenmitteln für den Besuch von Versammlungen (§ 363 Abs. 2 RVO.).

Erlaß der **preuß. Minister für Handel usw. u. für Landwirtschaft usw.** v. 12. Juni 1914 (HMBl. S. 326).

I. Versammlungen von Kassenvereinigungen der im § 414 RVO. bezeichneten Art.

1. Die Versammlungen müssen ausschließlich den gesetzlichen Zwecken der Krankenversicherung dienen. Der Zutritt zu ihnen darf nur Vertretern der Kassen, die Mitglieder der Kassenvereinigung sind, offen stehen.

2. Zum Besuche der Versammlungen dürfen Mittel der Krankenkasse nur verwendet werden, wenn die Mehrheit aus der Gruppe sowohl der Arbeitgeber als auch der Versicherten im Ausschusse dies beschließt.

3. Kassen mit weniger als 5000 Mitgliedern dürfen nur einen Vertreter, Kassen mit mehr als 5000, aber weniger als 50 000 Mitgliedern zwei Vertreter und Kassen mit mehr als 50 000 Mitgliedern drei Vertreter entsenden. Als Vertreter darf nur entsendet werden, wer die Mehrheit der Stimmen aus der Gruppe sowohl der Arbeitgeber als auch der Versicherten im Vorstand erhält.

4. Die Vertreter erhalten die ihnen als Mitglieder der Organe der Krankenkasse oder als Beamte oder Angestellte nach der Satzung oder den allgemeinen Dienstvorschriften (Regulativ, Dienstordnung) zustehenden Bezüge.

5. Die vorstehenden Bestimmungen gelten entsprechend für den Besuch von Versammlungen durch Vertreter der Kassenverbände (§§ 406, 413 RVO.) mit der Maßgabe, daß an Stelle der Zahl der Mitglieder der Krankenkasse die Zahl der Mitglieder der dem Verband angeschlossenen Krankenkassen tritt.

II. Andere Versammlungen, die den gesetzlichen Zwecken der Krankenversicherung dienen.

Zum Besuche solcher Versammlungen ist von dem Veranstalter in jedem Falle unsere Genehmigung nachzusuchen. Dem Gesuch ist die Tagesordnung beizufügen.

III. Auf Betriebskrankenkassen des Reichs und des Staats finden die vorstehenden Bestimmungen keine Anwendung; der Erlaß von Anordnungen zur Durchführung des § 363 Abs. 2 bleibt den zuständigen obersten Verwaltungsbehörden vorbehalten.

Rechnungsführung der Krankenkassen.

Erl. des **preuß. Ministers für Handel und Gewerbe** v. 13. Juni 1914.

Gemäß § 9 der Bestimmungen über die Art und Form der Rechnungsführung der Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen vom 9. Oktober 1913 (Zentralbl. f. d. Deutsche Reich S. 1009) soll das Krankenbuch Auskunft über den Betrag geben, der für jeden Krankheits- und Sterbefall gezahlt worden ist. Aus dem diesen Bestimmungen angeschlossenen Muster 8 für die Nachweisung der Leistungen der Kassen ergibt sich die Notwendigkeit einer getrennten Angabe der Kosten für ärztliche Behandlung, Arznei und Heilmittel für die einzelnen Gruppen der Kassenmitglieder sowohl im Krankenbuch als auch in der Nachweisung.

Da gegen die Durchführbarkeit solcher getrennten Angaben Bedenken erhoben sind, hat sich der Herr Reichskanzler damit einverstanden erklärt, daß als Aufwendungen für ärztliche Behandlung, Arznei und sonstige Heilmittel für die angegebenen Mitgliedergruppen, soweit möglich, die wirklich gewährten Leistungen mitgeteilt werden. Wo aber eine Trennung der Leistungen nach dem Geschlechte der Mitglieder oder nach Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten oder nach den in der Anmerkung des Musters 8 bezeichneten besonderen Mitgliedergruppen nicht möglich ist, soll vorläufig eine Verteilung der im einzelnen nicht aussonderbaren Leistungen nach Maßgabe der für die Aufwendungen in Betracht kommenden Personen genügen. Eine Mitteilung über die Unterverteilung der Leistung durch eine Anmerkung auf dem Muster 8 ist erwünscht.

Digitized by Google

Da die Kassen selbst ein bedeutendes Interesse daran haben, zu erfahren, wieweit die einzelnen Mitgliedergruppen die Kassen finanziell belasten, wird empfohlen, daß solche Kassen, bei denen die einzelne ärztliche Leistung honoriert wird, den Kassenärzten nahe legen, sich in jedem Falle nach der Zugehörigkeit des die ärztliche Hilfe Nachsuchenden zu den einzelnen Mitgliedergruppen zu erkundigen und das ausgestellte Rezept mit einem entsprechenden Vermerke, z. B. einem vereinbarten Buchstaben, zu versehen.

Da sich die für Familienhilfe gewährten Leistungen ebenfalls vielfach nicht werden aussondern lassen, genügt es, nur die aussonderbaren Aufwendungen mitzuteilen.

Verteilung der Beiträge auf mehrere Arbeitgeber.

Entscheidung des **Versicherungsamts Berlin** v. 9. Juni 1914

Die Frage, wie die Verteilung der Beiträge nach § 396 Abs. 2 RVO. wirkt, ist streitig. Einerseits stehen Hahn, Handbuch der Krankenversicherung S. 561, Seelmann Arb.Vers. 1914 S. 303 sowie die Auskunft daselbst S. 127 auf dem Standpunkt, daß die Verteilung nur unter den beteiligten Arbeitgebern wirkt, jedoch die Kasse nicht bindet. Andererseits wird von einem Versicherungsamt (Arb.Vers. 1914 S. 268 f.) in einem Bescheide die Ansicht vertreten, daß auch die Kasse an die Verteilung gebunden sei und jeden Arbeitgeber nur auf den verteilten Beitrag in Anspruch nehmen könne. Dieser letzteren Ansicht hat sich das Versicherungsamt Berlin angeschlossen.

Nach § 396 Abs. 1 haften zwar, wenn der Versicherte gleichzeitig in mehreren versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen steht, die Arbeitgeber als Gesamtschuldner für die vollen Beiträge, jedoch bestimmt Abs. 2 a. a. O., daß auf Antrag eines Arbeitgebers das Versicherungsamt die Beiträge verteilt. Diese Fassung ist so zu verstehen, daß auch die Kasse an die vom Versicherungsamt getroffene Verteilung gebunden ist, so daß sie nach geschehener Verteilung nicht mehr von einem Beliebigen der beteiligten Arbeitgeber die vollen Beiträge fordern kann. § 52 Abs. 2 KVG. hatte ebenfalls die Haftung der mehreren Arbeitgeber, bei welchem der Versicherte gleichzeitig in versicherungspflichtiger Beschäftigung steht, als Gesamtschuldner festgesetzt, eine Verteilung der Beiträge seitens der Behörde jedoch nicht vorgesehen. Eine dahingehende Bestimmung erübrigte sich wohl auch, da erst die neuerdings der Krankenversicherungspflicht unterworfenen häuslichen und landwirtschaftlichen Dienstverhältnisse die Möglichkeit einer Verteilung der Beitragslast unter die beteiligten Arbeitgeber als praktisches Bedürfnis erscheinen lassen, während in gewerblichen Verhältnissen mehrfache Arbeitsverhältnisse ziemlich selten waren und sind. Wäre eine Verteilung im Gesetze nicht geregelt, so würde eine Ausgleichung der in Betracht kommenden Arbeitgeber nach § 426 BGB. in Frage kommen. § 396 Abs. 2 RVO. sagt aber: das Versicherungsamt „verteilt" die Beiträge, nicht aber „es regelt den Ersatzanspruch der Arbeitgeber untereinander." Schon hieraus folgt, daß durch das Gesetz mehr als ein besonders gearteter Ausgleichsanspruch geschaffen werden sollte. Auch wäre anzunehmen, daß das Gesetz, wenn es nur an einen Ausgleichsanspruch gedacht hätte, auf § 426 Abs. 2 BGB. irgendwie Bezug genommen hätte.

Es würde ferner unbillig sein, wenn ein Arbeitgeber, für den sich oft durch die Tätigkeit des Versicherten bei dem anderen Arbeitgeber eine höhere Beitragsstufe ergeben wird, nicht nur den prozentualen Anteil an diesen höheren Beiträgen zu zahlen hätte, wodurch er schon mehr zahlen kann als wenn der Versicherte nur bei ihm beschäftigt wäre, sondern sogar für das ganze verantwortlich wäre. Es wäre eine nicht zu rechtfertigende Härte, wenn ein Arbeitgeber, der den Versicherten nur in geringem Umfange beschäftigt, aber am zahlungsfähigsten ist, die Beiträge für sämtliche Arbeitgeber mitbezahlen müßte. Man denke etwa an den Fall, daß bei einem Klavierlehrer, der krankenversicherungspflichtig und bei zahlreichen Schülern fest, also nicht unständig beschäftigt ist, der dadurch in eine hohe Klasse kommt, ein einziger Schüler (Arbeitgeber) für die hohen Beiträge haften und ihm überlassen bleiben sollte, von zahlreichen Stellen Ersatz zu fordern.

Die Regelung, daß die Kasse nur den verteilten Betrag von den einzelnen Arbeitgebern einzuziehen hat, ist daher die zweckmäßigste, da die geringe Mehrbelastung der Kasse nicht mit der sonst außerordentlichen Mehrbelastung einzelner Arbeitgeber im Einklang steht. In der Invalidenversicherung ist zwar bestimmt, daß, wenn noch nicht Marken verwendet sind, jeder Arbeitgeber für den ganzen Beitrag gemäß § 1426 RVO. haftet. Die Regelung ist aber in der Invalidenversicherung überhaupt eine ganz andere, da stets nur ein Arbeitgeber verpflichtet ist, nämlich der erste, eine Verteilung aber nicht stattfindet. Von dem ersten kann vielmehr in vollem Umfange gemäß § 1426 Abs. 2 Satz 2 Ersatz verlangt werden. Auch handelt es sich bei der Invalidenversicherung um viel geringere Beiträge, so daß dort die Regelung erträglich ist.

Die Folgerung von Seelmann und Hahn a. a. O., daß, falls ein Arbeitgeber seiner Erstattungspflicht nicht nachkommt, dem Erstattungsberechtigten nur die Klage vor dem ordentlichen Gericht übrig bleibe, zeigt, zu welchen Weiterungen und Unannehmlichkeiten für die Beteiligten die Auffassung nötigt, daß § 396 Abs. 2 nur den Ersatzanspruch der Arbeitgeber unter einander regele. Die Kasse hat aber infolge der Verteilung sehr wenig Weiterungen, da sie ihre Beitragsforderung nach § 28 RVO. jederzeit sofort vollstrecken kann. Die gegenteilige Ansicht würde auch dazu führen, daß die Kasse in der Lage wäre, einen Arbeitgeber, der von den zahlreichen anderen Arbeitsverhältnissen des Versicherten gar nichts wüßte, plötzlich nachträglich für die ganze nicht verjährte Zeit, also unter Umständen für fast 3 Jahre, haftbar zu machen, also von diesem sehr hohe Beiträge, die sich in die Hunderte von Mark belaufen können, zu fordern, die dieser Arbeitgeber, der für seine Person ganz ordnungsgemäß verfahren war, niemals erstattet bekäme. Es würde daher der Willkür und Nachlässigkeit einer schlechten Kassenverwaltung Tür und Tor geöffnet werden. Die hier vertretene Ansicht ist mithin diejenige, die zweifellos am gerechtesten

Digitized by Google

und praktischsten ist, und verträgt sich überdies mit dem Wortlaut und Sinn des Gesetzes durchaus.

Fraglich wird sein, von wann ab die Verteilung nach § 396 Abs. 2 der RVO. wirkt. Man wird annehmen müssen, daß die Wirkung des Verteilungsantrags sich auch auf die Vergangenheit erstreckt, daß aber die Kasse nicht verpflichtet ist, die vor Stellung des Verteilungsantrages zu Recht empfangenen Beiträge einem Arbeitgeber, der bei Anwendung des Verteilungsbeschlusses zuviel gezahlt hätte, zurückzuzahlen, sondern daß es diesem Arbeitgeber überlassen bleibt, sich auf Grund des Verteilungsbeschlusses von den anderen Arbeitgebern Ersatz zu verschaffen.

Anmerkung der Schriftleitung: Die Entscheidung verkennt, was wir hier S. 268 hervorgehoben haben, daß nämlich die Verteilung durch das Versicherungsamt nur beim Mangel einer Einigung der Arbeitgeber eintritt und nicht anders wirken kann als eine solche Einigung. Wie daher die im Abs. 1 des § 396 vorordnete Gesamthaft durch eine Vereinbarung der Arbeitgeber nicht ausgeschlossen werden kann, so auch nicht durch die Entscheidung des Versicherungsamts.

Die Satzung einer Krankenkasse darf nicht allgemein bestimmen, daß die Kasse mit Zustimmung des Versicherten, an Stelle der ärztlichen Behandlung, Hilfeleistung durch Heilkundige gewähren kann.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** v. 20. Dezember 1913.

Konnte es unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes noch zweifelhaft erscheinen, ob „ärztliche Behandlung" im Sinne dieses Gesetzes (§ 6 Ziff. 1) auch von anderen Personen als von approbierten Aerzten gewährt werden könne, so ist, wie schon das Oberversicherungsamt zutreffend dargelegt hat, für die Reichsversicherungsordnung im § 122 der Grundsatz klar zum Ausdruck gebracht, daß die ärztliche Behandlung nur durch approbierte Aerzte, bei Zahnkrankheiten auch durch approbierte Zahnärzte, geleistet wird. In demselben § 122 sind im Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 mehrere Ausnahmen von dieser Regel aufgestellt. Aus der Fassung, wonach die ärztliche Behandlung Hilfeleistungen anderer Personen nur in zwei bestimmt bezeichneten Fällen, nämlich nur dann, wenn der Arzt (Zahnarzt) sie anordnet oder wenn in dringenden Fällen kein approbierter Arzt (Zahnarzt) zugezogen werden kann, umfaßt und die oberste Verwaltungsbehörde bestimmen kann, wieweit auch sonst Hilfspersonen innerhalb der staatlich anerkannten Befugnisse selbständige Hilfe leisten können, geht aber hervor, daß im § 122 a. a. O. die Frage erschöpfend geregelt werden sollte, weitere Ausnahmen von der Regel also gesetzlich unzulässig sind. Insbesondere bietet das Gesetz dafür keinen Anhalt, daß etwa „auf Antrag oder mit Zustimmung des Versicherten", wie es in der beanstandeten Satzungsbestimmung vorgesehen ist, noch andere Personen zur Ausübung der ärztlichen Behandlung zugelassen werden könnten. Hierdurch würde der im Interesse der Volksgesundheit aufgestellte Grundsatz, daß jedem Versicherten freie Behandlung durch einen approbierten Arzt sichergestellt sein soll, bedenklich erschüttert werden.

Der Einwand des Kassenvorstandes, § 122 a. a. O. sehe den Normalzustand vor, sei aber nicht mehr anwendbar, wenn die Voraussetzungen des § 370 a. a. O. vorlägen, das heißt, wenn bei einer Krankenkasse die ärztliche Versorgung dadurch ernstlich gefährdet werde, daß die Kasse keinen Vertrag zu angemessenen Bedingungen mit einer ausreichenden Zahl von Aerzten schließen könne oder daß die Aerzte den Vertrag nicht einhielten, ist nicht stichhaltig. Zunächst ist die beanstandete Satzungsbestimmung allgemein gefaßt und nicht auf die Anwendungsfälle des § 370 a. a. O. beschränkt. Aber auch in dieser Beschränkung wäre sie nicht haltbar. Die Annahme des Kassenvorstandes, in den Fällen des § 370 a. a. O. trete die Regel des § 122 a. a. O. außer Kraft, ist nur insoweit richtig, als dann die Kasse mit Ermächtigung des Oberversicherungsamts statt der ärztlichen Behandlung eine gewisse Barleistung gewähren kann. Ist diese auch gegenüber der ärztlichen Versorgung, wie in der Beschwerdeschrift ausgeführt wird, eine Versicherungsleistung minderen Wertes, so folgt daraus noch nicht, daß die Kasse, bevor sie zu der durch den Notstand gebotenen Barabfindung übergehet, berechtigt sei, eine andere Form der Behandlung, nämlich Behandlung durch Heilkundige, zu gewähren. Wenn der Kassenvorstand meint, in diesen Fällen müsse die Kasse, bevor sie von dem § 370 a. a. O. Gebrauch mache, versuchen, für die fehlende ärztliche Hilfe einen möglichst brauchbaren Ersatz zu schaffen, so fehlt es hierfür an einer gesetzlichen Unterlage. Insbesondere kann die Behandlung durch Heilkundige, die zu der Kasse in einem Vertragsverhältnisse stehen, gegenüber der Barabfindung des § 370 a. a. O. nicht, wie der Kassenvorstand anscheinend will, unter der Bezeichnung als Mehrleistung, die zu übernehmen die Kasse berechtigt sei, eingeführt werden. Mehrleistungen sind nach § 179 Abs. 3 a. a. O. nur so weit zulässig, wie es das Zweite Buch der Reichsversicherungsordnung vorsieht. Das Gesetz kennt aber, mit Ausnahme der im § 122 a. a. O. besonders aufgeführten Fälle, nur Behandlung durch approbierte Aerzte und im § 370 a. a. O. nur einen Ersatz dieser Behandlung durch Barabfindung.

Digitized by Google

Der Kassenvorstand glaubt die Zuziehung Heilkundiger, wenn die Voraussetzungen des § 370 a. a. O. vorliegen, auch damit begründen zu können, daß dann jeder Erkrankungsfall als „dringend" zu bezeichnen und daher einer der Ausnahmefälle des § 122 a. a. O. gegeben sei. Dies trifft nicht zu. Die Dringlichkeit eines Erkrankungsfalls, die unter Umständen die Zuziehung einer anderen Person an Stelle des approbierten Arztes rechtfertigt, kann sich nur aus der Art und dem Auftreten der Krankheit, die ein schnelles Eingreifen erfordert, niemals aber aus dem Umstand ergeben, daß der Kasse ohne ihre Schuld nicht hinreichende Aerzte zur Verfügung stehen.

Wenn endlich der Kassenvorstand glaubt, sich schon jetzt einige Heilkundige vertraglich sichern zu müssen, um für den Fall des Eintritts der Voraussetzungen des § 370 a. a. O. Personen zu haben, die an Stelle der Aerzte die Arbeitsunfähigkeit der Versicherten bescheinigen könnten, so bedarf es hierzu nicht einer Satzungsbestimmung wie der vorliegenden.

B. Zur Unfallversicherung.

Trifft die Leistungspflicht aus § 577 RVO. auch den Arbeitgeber eines unständig Beschäftigten, der nicht in das Verzeichnis der Krankenkasse eingetragen ist? — Kann der Armenverband Ersatz nach § 1532 ff. vom Arbeitgeber beanspruchen, wenn dieser an Stelle eines Versicherungsträgers leistungspflichtig ist?

Entscheidung des **Versicherungsamts Kiel** v. 22. Mai 1914.

Der Kläger L. erlitt am Abend des 2. April 1914, als er im Betriebe des Beklagten beim Entlöschen eines Rheindampfers als unständiger Arbeiter gegen eine nach Tonnen bemessene Vergütung beschäftigt war, einen Betriebsunfall dadurch, daß ihm eine Rolle Bleiplatten auf den rechten Arm fiel. Er ließ sich vom nächsten Arzt verbinden, und dieser überwies ihn der chirurgischen Klinik, in deren Behandlung er sich noch befindet. Nach Auskunft der Klinik ist er vom 2. bis 7. April ambulant, vom 8. bis 20. April stationär und seitdem wieder ambulant behandelt worden, und ist zurzeit und auch noch weiterhin für einige Zeit arbeitsunfähig.

Der Kläger ist Gelegenheitsarbeiter von Beruf; er ist nicht Mitglied einer Krankenkasse, insbesondere ist seine Aufnahme in die Liste der unständig Beschäftigten bei der Ortskrankenkasse nach deren Auskunft bisher nicht erfolgt. Die Kosten für seine stationäre Behandlung in der Klinik vom 8. bis zum 20. April, 2,50 M. den Tag, für 13 Tage insgesamt also 32,50 M., hat daher der Ortsarmenverband Kiel übernehmen müssen, auch hat er den Kläger mit Rücksicht auf seinen Unfall und seine dadurch bedingte Unfähigkeit, den Unterhalt für sich und seine Familie selbst zu erwerben, am 15. April mit 15 M. für den Monat April, am 1. und 15. Mai mit je 7,50 M. für den Monat Mai laufend und daneben am 1. Mai mit 2 M. einmalig unterstützen müssen.

Auf Grund seines Unfalls hat der Kläger L., da er keiner Krankenkasse angehöre, den Beklagten in Anspruch genommen, zunächst mit dem Antrage, ihn zu verurteilen, ihm für den Unfall Krankenhilfe zu gewähren.

Das Versicherungsamt hat den Ortsarmenverband Kiel als Beteiligten beigeladen. Dieser ist dem Verfahren beigetreten und hat seinerseits Ersatz seiner Kosten verlangt mit dem Antrage: den Beklagten zu verurteilen, an ihn 64,50 M. zu zahlen. Der Kläger L. hat hierauf seinen Anspruch auf Krankengeld auf den Betrag ermäßigt, der sich nach Abzug des Ersatzanspruchs des Armenverbandes in gesetzlicher Höhe für ihn ergibt.

Der Beklagte hat Abweisung der Klage beantragt, weil die Anmeldung der unständigen Arbeiter zur Krankenkasse lediglich deren eigene Sache sei und die Versäumung nicht dem Arbeitgeber zum Nachteil gereichen könne.

Das Versicherungsamt entschied im Sinne der beiden Kläger (L. und Armenverband).

Gründe:

Der Anspruch des Klägers L. kann sich nur auf § 577 RVO. stützen; danach hat einem durch Betriebsunfall verletzten unfallversicherten Arbeiter, der nicht auf Grund der Reichsversicherung gegen Krankheit versichert ist, der Unternehmer für die ersten dreizehn Wochen nach dem Unfall Krankenhilfe zu gewähren. Obwohl dieser Anspruch aus der Unfallversicherung erwächst, wird er doch mit Rücksicht auf seinen Gegenstand in bezug auf das Verfahren wie ein Anspruch aus der Krankenversicherung behandelt (§ 1551 Abs. 2 RVO.); infolgedessen hat das Versicherungsamt in erster Instanz über ihn zu entscheiden (§ 1636). Für den Ersatzanspruch, den der Ortsarmenverband erhebt, gilt das gleiche nach §§ 1540, 1772 RVO.

In der Sache selbst erweist sich zunächst der Anspruch des Klägers L. als begründet. Daß der Tatbestand des § 577 in dem unstreitigen Sachverhalt gegeben ist, erhellt ohne weiteres. Die Rechtsausführungen des Beklagten, daß er als Arbeitgeber weder mit der Anmeldung unständiger Arbeiter noch mit der Beitragsleistung für sie irgend etwas zu tun habe, treffen gemäß §§ 444, 450 RVO. durchaus zu. Der unständig Beschäftigte soll sich selbst zur Eintragung in das besondere Mitgliederverzeichnis der zuständigen Krankenkasse melden (§ 444) und erst mit der Eintragung beginnt die Mitgliedschaft bei der Kasse (§ 442 Abs. 3), erst von diesem Zeitpunkt an ist er gegen Krankheit versichert. Der Kläger

Digitized by Google

L. hat seine Aufnahme in die Ortskrankenkasse nicht bewirkt, er hat keine Krankenkasse, die für ihn während der ersten dreizehn Wochen mit Krankenhilfe eintreten kann; als Ersatz dafür gibt ihm § 577 den Anspruch gegen den Unternehmer, hier den Beklagten. Ob es auf Verschulden des Klägers beruht, daß er gegen Krankheit nicht versichert war oder nicht, kommt nicht in Betracht; das Gesetz unterscheidet nicht danach, es gibt ihm im einen wie im anderen Falle einen Ersatz für die fehlende Fürsorge einer Krankenkasse. Da für das Maß der Leistungen § 573 und als Grundlohn der Ortslohn (in Kiel für volljährige männliche Arbeiter seit 1. Januar 1914 3,80 M. den Tag) gilt (§ 577), so hat der Kläger L. Anspruch auf die Regelleistungen, die eine Krankenkasse nach einem Grundlohn von 3,80 M. zu gewähren haben würde. Für die Zeit bis einschließlich den 21. April, den Tag vor der mündlichen Verhandlung — auf diesen Zeitraum beschränkt sich die Entscheidung aus unten noch zu erörternden Gründen —, hat der Kläger mithin nach Abzug der 3 Karenztage (§ 182 Nr. 2; 2. bis 4. April) und der für die ersten 4 Wochen seit dem Unfall, d. h. bis zum 28. April einschließlich Sonn- und Feiertage für 18 Arbeitstage das einfache Krankengeld in Höhe des halben Ortslohnes, also 18 mal 1,90 M. gleich 34,20 M. zu beanspruchen. Für die Zeit vom Beginn der fünften Woche bis zum 21. Mai einschließlich hat er weiter erhöhtes Krankengeld, nämlich $^2/_3$ des Grundlohns zu fordern („Unfallzuschuß" §§ 573, 577 Abs. 1 Satz 2), demnach für 19 Arbeitstage 19 mal $^2/_3$ mal 3,80 M. gleich 48,07 M. Mithin stehen ihm für die Zeit vom 2. April bis 21. Mai einschließlich 34,20 plus 48,07 gleich 82,27 M. Krankengeld zu. Anspruch auf Hausgeld für die Zeit vom 8. bis 20. April hat er nicht, da nicht die Krankenkasse (bzw. hier der Unternehmer) ihm Krankenhauspflege gewährt hat, sondern der Armenverband (Lehmann § 1533 Anm. 16 a).

Dieser Betrag mindert sich jedoch durch den Ersatzanspruch des Ortsarmenverbandes. Dieser Anspruch stützt sich auf § 1531 ff. RVO.; § 1532 gibt dem Armenverband, der einen Hilfsbedürftigen wegen einer Krankheit unterstützt hat, Anspruch auf Ersatz aus den Leistungen der Krankenkasse, § 1534 gibt ihm Anspruch auf Ersatz aus den Leistungen der Unfallversicherung, wenn er die Unterstützung infolge des Unfalls gewährt hat. Ob die Leistungen des Unternehmers nach § 577 RVO. hier als Leistungen der Unfallversicherung zu behandeln sind, die sie von Rechts wegen sind, oder ob sie auch hier wie für das Verfahren als Leistungen der Krankenversicherung gelten sollen, mag fraglich sein. Mit Rücksicht auf ihren Inhalt erscheint das letztere als richtiger, mithin § 1532 f. anwendbar; übrigens würde die Anwendung des § 1534 f. am Ergebnis kaum etwas ändern. Der § 1532 gewährt nun freilich Ersatz aus den Leistungen „der Krankenkasse"; unbedenklich ist aber die Vorschrift auch auf einen Fall wie den vorliegenden, in § 1532 als Ausnahmefall nicht besonders berücksichtigten anwendbar, in dem an die Stelle der Krankenkasse der Unternehmer tritt. Andernfalls wäre der Kläger L. besser gestellt als ein gegen Krankheit versicherter Arbeiter, der zweifellos aus seinem Krankengeld dem Armenverband gemäß § 1532 Ersatz leisten müßte. Es kommt hinzu, daß § 1541 auch den Betriebsunternehmern ausdrücklich den Ersatzanspruch gewährt, wenn sie ihrerseits statt eines Armenverbandes nach gesetzlicher Pflicht einen Hilfsbedürftigen unterstützen; stehen sie hier den Armenverbänden gleich, so müssen sie unbedenklich im Falle der §§ 577, 1532 auch den Krankenkassen gleichstehen.

Ersatz kann der Armenverband verlangen aus den Leistungen, die der Unternehmer nach § 577 zu gewähren hat. Diese umfassen zunächst die Krankenpflege, also Gewährung von ärztlicher Behandlung, Arzenei usw. (§ 182 Nr. 1), die der Beklagte auf seine Kosten dem Kläger zu verschaffen hätte. Statt dessen hat der Ortsarmenverband sie ihm auf seine Kosten gewährt in der Zeit der stationären Behandlung; dafür kann er vom Beklagten Ersatz gemäß § 1533 Nr. 2 verlangen, und zwar gemäß § 1503 Abs. 2 Satz 1 $^3/_8$ des Grundlohnes von 3,80 für jeden Tag, mithin für 13 Tage 13 mal $^3/_8$ mal 3,80 gleich 18,52 M. Diese muß der Beklagte dem Ortsarmenverband erstatten, ohne daß er den Betrag dem Kläger L. vom Krankengeld kürzen darf; denn er wäre ja verpflichtet gewesen, die Krankenpflege neben dem Krankengeld auf seine Kosten zu gewähren, und muß nun aus der von ihm ersparten Krankenpflege, in Geld umgerechnet nach dem Pauschsatz des § 1503, dem Armenverband Ersatz leisten (vgl. Düttmann-Appelius, Komm. z. RVO. § 1533 Anm. 9 und 10).

Anders liegt die Sache in bezug auf die Barunterstützung und auf die Gewährung des Unterhalts im Krankenhause. Auch dafür kann der Armenverband Ersatz beanspruchen, aber nur aus dem Krankengeld, das dem Kläger L. zusteht (§ 1533 Nr. 3 vgl. Lehmann Anm. 9 ff. zu § 1533, Düttmann a. a. O. Anm. 11 ff.). Dabei sind für den Unterhalt im Krankenhause nicht die tatsächlichen Kosten, sondern die Hälfte des Grundlohnes für jeden Tag anzusetzen; als Aufwand des Armenverbandes dafür gilt mithin der Betrag von 13 mal ½ mal 3,80 gleich 24,70 Mark. Von der Barunterstützung ist die laufende Unterstützung für Mai für den ganzen Monat zu rechnen, auf die ersten 21 Tage des Monats entfallen mithin von den 15 M. rund

Digitized by Google

10 M.; dazu kommen die 15 M. aus April sowie die einmalige Unterstützung von 2 M. hinzu, so daß der Armenverband einen nach § 1533 Nr. 3 erstattungsfähigen Aufwand von 24,70 mal 15 mal 2 mal 10 gleich 51,70 M. hat. Er hat aber nun nicht etwa einen Ersatzanspruch in Höhe dieses Aufwandes, sondern der Anspruch ist dem Umfange nach gemäß § 1533 Nr. 3 in Verbindung mit § 1506 und 1531 RVO. begründet bis zum halben Betrage des Krankengeldes, das auf die Zeit fällt, für welche Armenunterstützung und Krankengeld zusammentreffen. Da die erste Barunterstützung von 15 M. auf den ganzen April vom Unfalltage an zu verrechnen ist, so ist Armenunterstützung gewährt worden während der ganzen Zeit, für die der Anspruch auf Krankengeld besteht, vom 5. April bis zum 21. Mai, der Armenverband kann daher als Ersatz höchstens die Hälfte des auf diese Zeit entfallenden Krankengeldes, das sind 82,27 mal ½ gleich 41,13 M. verlangen, diesen Betrag aber auch in voller Höhe, da sein Aufwand, auch wenn man für die drei Karenztage im April 1,50 M. von der Barunterstützung absetzt, 50,20 M. beträgt, also die Hälfte des Krankengeldes übersteigt. Da der ganze Krankengeldbetrag rückständig ist, kann sich der Armenverband daraus wegen seines so bemessenen Anspruchs in voller Höhe befriedigen (§ 1533 Nr. 3 mit § 1507 RVO.). Mithin gebührt vom Krankengeld dem Kläger L. der Betrag von 41,14 M., dem Armenverband die andere Hälfte mit 41,13 M.; daneben hat er dann noch besonders Anspruch auf 18,52 M. Ersatz für Krankenpflege, wie oben dargelegt. Der Beklagte hat demnach an den Kläger L. 41,14 M., an den Armenverband 41,13 plus 18,52 M. gleich 59,65 M. zu zahlen. Das Recht, seinen Ersatzanspruch auch schon im Feststellungsverfahren — als notwendiger Streitgenosse des L. — geltend zu machen, ist dem Armenverband unbedenklich zuzugestehen, da er nach § 1538 Abs. 1 in Verbindung mit § 1509 sogar das Recht haben würde, das Feststellungsverfahren selbständig zu betreiben. (Vgl. Lehmann § 1538 Anm. 5, § 1509 Anm. 3 und 4.)

Der Antrag des Klägers L. geht auf Gewährung von Krankenhilfe für die ersten dreizehn Wochen seit dem Unfall, also erheblich über den 21. Mai hinaus. In diesem Umfange ist er noch nicht spruchreif, da nicht feststeht, ob und wie lange Krankenhilfe erforderlich sein wird und wie sich der Anspruch auf Krankengeld durch etwaige Ersatzansprüche des Armenverbandes wegen weiterhin gewährter Unterstützung ändern wird; ebensowenig steht bereits jetzt fest, in welcher Höhe aus dem vorliegenden Fall für den Armenverband für die Zeit nach dem 21. Mai noch Ersatzansprüche erwachsen werden. Es war daher zweckmäßig durch Teilurteil über den bisher spruchreifen Stoff zu befinden, d. h. über die Ansprüche für die Zeit vom 2. April bis zum 21. Mai einschließlich, während die Ansprüche für die folgende Zeit weiterer Entscheidung vorbehalten bleiben.

Ueber die Kosten des bisherigen Verfahrens ließe sich schon jetzt entscheiden. Parteikosten (§ 1670) dem Beklagten aufzuerlegen, lag freilich kein Anlaß vor; wohl aber hat nach § 59 RVO. der Versicherungsträger, einerlei ob er obsiegt oder unterliegt, dem Versicherungsamt die baren Auslagen zu erstatten; entsprechendes muß für den Unternehmer gelten, der nach § 577 an die Stelle des Versicherungsträgers tritt, da es sonst für den Anspruch des Versicherungsamts auf Ersatz seiner baren Auslagen, der nach § 59 zweifellos besteht, an einem Schuldner fehlen würde. Die Regel des § 59 gilt auch für das Spruchverfahren über den Ersatzanspruch (Hahn § 59 RVO. Anm. 4). Wenn ihre Anwendung auch schon kraft Gesetzes ohne weiteres begründet ist, so erschien es bei der obwaltenden Sachlage doch zweckmäßig, die Kostenpflicht des Beklagten im Urteil auszusprechen, und zwar schon jetzt, da sie vom Ausgang des weiteren Verfahrens so wenig abhängt, wie vom Ausgang des Verfahrens überhaupt, vielmehr selbst im Falle seines Obsiegens bestanden haben würde. Zugunsten des Klägers L. ist diese Entscheidung sofort (§ 130 RVO.), zugunsten des Armenverbandes erst nach Rechtskraft vollstreckbar (§ 1779).

Zweigniederlassung als Sitz des Betriebs im Sinne des § 1784 RVO.

Entsch. d. **Reichsversicherungsamts** v. 4. Juli 1913.

Nach § 1784 RVO. ist in Sachen der Unfallversicherung örtlich zuständig als erste Instanz des Beschlußverfahrens das Oberversicherungsamt, in dessen Bezirk der Sitz des Betriebes liegt oder die versicherte Tätigkeit ausgeführt wird. Eine versicherte Tätigkeit kommt nur in Frage, wenn durch die Tätigkeit schlechthin, ohne daß ein Betrieb vorliegt, die Versicherung begründet wird (zu vgl. RVO. § 537 Ziff. 3, 6, 7, Moesle-Rabeling, S. 20 Anm. 4 zu § 537). Es kann sich im vorliegenden Falle also nur darum handeln, wo sich der Betriebssitz der Beschwerdeführerin befindet. Betriebssitz im katasterrechtlichen Sinne ist zweifellos Bremen, wo die Firma R. im Handelsregister eingetragen ist, auch sind in Bremerhaven die meisten Schiffe beheimatet. Dagegen ist schon von Anfang 1911 an ein großer Teil der Flotte der Gesellschaft an die Hamburger Firma R. verchartert; unter dieser Charter sind die Schiffe zum größten Teile auch zu der für die Verfehlungen in Betracht

Digitized by Google

kommenden Zeit gefahren. Seit dem 15. November 1912 befindet sich zudem eine Zweigniederlassung der Firma in Hamburg. Die Reederei wird allein von Hamburg aus geleitet und von hier fahren auch die meisten Schiffe aus. Das Reichsversicherungsamt hat schon unter der Herrschaft des bisher geltenden Rechts den Standpunkt vertreten, daß unter Betriebssitz auch der Sitz einer vom Hauptbetriebe entfernten Zweigniederlassung zu verstehen sei (zu vgl. Rek.Entsch. 1921 Amtl. Nachr. 1902 S. 368). Hier handelt es sich zwar um die Zuständigkeit zur Entscheidung über eine Beschwerde, gegen eine Straffestsetzung. Dieselben Zweckmäßigkeitsgründe, die damals das Reichsversicherungsamt zu seiner Entscheidung bestimmt haben, gelten aber auch in Beschlußsachen, wenn sich der angefochtene Bescheid ganz oder überwiegend auf die Zweigniederlassung bezieht. Denn die erforderlichen Ermittlungen können am Sitze der Zweigniederlassung bequemer, schneller und billiger ausgeführt werden. Das Reichsversicherungsamt hat daher keine Bedenken getragen, auch in Beschlußsachen eine Zweigniederlassung dem Betriebssitz im katasterrechtlichen Sinne gleichzustellen.

Eine Tätigkeit, die dem versicherten Betriebe dient, ist versichert, auch wenn sie zugleich und überwiegend anderen Zwecken dient.

Rekursentsch. d. **sächsischen Landesversicherungsamts** v. 11. Oktober 1913.

R. betreibt seit mehreren Jahren den Milch- und Butterhandel in der Weise, daß er die Milch und Butter bei seinen Nachbarn einkauft und in umliegenden Ortschaften wieder verkauft. Zu diesem Handel benutzt er ein einspänniges Geschirr; das Pferd gehört ihm. Als er eines Tages von dem Handel zurückgekommen war, hat er das Pferd ausgespannt und in den Stall geführt; während er dem Pferde die Streu machte, schlug dieses aus und zerschmetterte ihm die Kinnlade. Die Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft wurde zur Entschädigung verurteilt, und zwar aus folgenden Gründen:

Trotzdem das Pferd des Klägers hauptsächlich für den Milchhandel und nur in geringerem Umfange für die Landwirtschaft benutzt wurde, kann doch der Unfall nicht demjenigen Betriebe zur Last gelegt werden, welchem die Pferdehaltung im ganzen genommen hauptsächlich diente, also hier dem nichtversicherungspflichtigen Milchhandel. Denn tatsächlich hat R. das Pferd gleichzeitig und regelmäßig auch für seine Landwirtschaft verwendet. Und namentlich kommt in Betracht, daß R. die Tätigkeit des Streumachens nicht nur im Interesse des Milchhandels, sondern auch in dem der Landwirtschaft ausgeübt hat. Diese Tätigkeit hätte schon im Interesse der Landwirtschaft allein bewerkstelligt werden müssen, und die Gefahr, der R. hierbei ausgesetzt war, wurde dadurch, daß sein Handeln zweierlei Betrieben zugute kam, keine andere oder größere. Jedenfalls handelte es sich dabei um eine einheitliche Tätigkeit, deren Sonderung nach den verschiedenen Zwecken, welchem sie oder welchem das Pferd jeweilig diente, unausführbar war. Eine an sich einheitliche Tätigkeit aber, die einem versicherungspflichtigen Betriebe dient und als wesentlicher Bestandteil dieses Betriebes anzusehen ist, ist versichert. Sie hört nicht dadurch auf, dies zu sein, daß sie zu einem, wenn auch überwiegenden Teile anderen Zwecken dient, die als solche die Versicherungspflicht nicht begründen. In solchen Fällen ist die Tätigkeit schon um ihrer Beziehung zum versicherungspflichtigen Betriebe willen mitursächlich für den Unfall. Der Vorteil, den der hier allein beteiligte versicherte Betrieb — die Landwirtschaft — aus der Pferdehaltung hatte, genügt also, um den vom Gesetz geforderten ursächlichen Zusammenhang des Unfalles mit dem versicherten Betriebe als gegeben anzuerkennen. Für die Annahme diesen ursächlichen Zusammenhanges ist es mithin gleichgültig, ob der Unfall sich im Anschluß an eine Milchfuhre oder an eine landwirtschaftliche Fuhre ereignete. („Berufsgenossenschaft.")

Kosten der Vernehmung des Verletzten bei der Unfalluntersuchung.

Entscheidung des Großh. **Ministeriums des Innern in Mecklenburg-Schwerin** v. 3. Juni 1914

Die Beschwerde des Großherzoglichen Amtes zu G. vom 17. April d. J. gegen die Verfügung des vereinten ritterschaftlichen Polizeiamts, durch welche die Erstattung von 3,30 M. Kosten in der Unfallsache des Tagelöhners H. in G. abgelehnt ist, erscheint begründet. Das vereinte ritterschaftliche Polizeiamt wird aufgefordert, dem Amte die liquidierten Kosten zu erstatten.

Die Frage, ob den Unfallverletzten, welche im Unfalluntersuchungsverfahren (§ 1564 RVO.) persönlich geladen und vernommen werden, eine Entschädigung für Reisekosten, Zehrung und Versäumnis zu gewähren sei, ist durch reichsrechtliche Bestimmungen nicht entschieden, sondern dem Landesrecht überlassen. In Mecklenburg sind ausdrücklich gesetzliche Vorschriften über diese Frage nicht ergangen. Sie muß daher nach allgemeinen der Zweckbestimmung der in Frage stehenden Amtshandlungen zu entnehmenden Grundsätzen entschieden werden.

Diese haben dazu geführt, daß das unterzeichnete Ministerium in ständiger Praxis derartige Entschädigungsansprüche Unfallverletzter als berechtigt anerkannt hat. Demgemäß wird das vereinte ritterschaftliche Polizeiamt auch im vorliegenden Falle dem Amte G. die von diesem gezahlten und der Höhe nach nicht beanstandeten Entschädigungsgelder zu erstatten haben.

Anmerkung: Zu vgl. Hanow-Lehmann Kommentar zur RVO., Anm. 3 zu § 1559 und Anm. 3 zu § 1564.

Digitized by Google

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Die Vorschriften des § 147 RVO. über die Verjährung gelten nur für das Verfahren bis zum Erlasse der Strafverfügung. — Unter den Rückständen im Sinne des § 1488 Abs. 1 RVO. sind die nicht entrichteten Beiträge ohne die Schranke des § 29 Abs. 1 RVO. zu verstehen.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** v. 24. Januar 1914.

Durch Strafverfügung vom 5. Juli 1913 hat der Vorstand einer Versicherungsanstalt gegen einen Arbeitgeber auf Grund des § 1488 RVO. eine Geldstrafe von 25 M. festgesetzt, weil er es unterlassen hatte, für eine von ihm seit dem 1. Mai 1906 versicherungspflichtig beschäftigte Person Beitragsmarken zu verwenden. Zugleich wurde dem Bestraften das Einfache der vom 1. Mai 1906 bis zum 1. Juni 1913 rückständigen Beiträge in Höhe von 118,40 M. als „Strafbeitrag" auferlegt.

Auf Beschwerde des Arbeitgebers hat das Oberversicherungsamt in der Sitzung seiner Beschlußkammer vom 30. Oktober 1913 die Abgabe der Sache an das Reichsversicherungsamt nach den §§ 1799, 1693 RVO. zur grundsätzlichen Entscheidung der Frage beschlossen, welche Bedeutung den Worten „dieser Rückstände" im § 1488 Abs. 1 Satz 2 RVO. zukomme.

Es war, wie geschehen, zu entscheiden.

Wie das Reichsversicherungsamt bereits in der Entscheidung 1811 grundsätzlich ausgesprochen hat, handelt es sich bei Auferlegung des Ein- bis Zweifachen der Rückstände in erster Linie um eine Strafe. Die Oberversicherungsämter haben daher auf Beschwerden gegen solche Strafverfügungen nach § 1500 RVO. endgültig zu entscheiden, und da es sich hier um eine noch nicht festgestellte Auslegung einer gesetzlichen Vorschrift von grundsätzlicher Bedeutung handelt, liegt auch die weitere Voraussetzung des § 1799 RVO. vor. Die Abgabe der Sache an das Reichsversicherungsamt ist deshalb mit Recht erfolgt.

Bevor jedoch auf jene grundsätzliche Rechtsfrage eingegangen werden kann, ist noch eine andere Rechtsfrage von grundsätzlicher Bedeutung zu prüfen. Nach § 147 RVO. verjähren Zuwiderhandlungen gegen die Strafvorschriften dieses Gesetzes, für welche die Gerichte nicht zuständig sind, falls sie nicht mit mehr als 300 M. bedroht sind, in drei Monaten, im übrigen in einem Jahre. Die Verjährung beginnt mit dem Tage, an dem die Handlung begangen ist. Sie wird unterbrochen durch jede gegen den Täter gerichtete Handlung dessen, der zur Verhängung der Strafe zuständig ist. Mit der Unterbrechung beginnt eine neue Verjährung. Nach Lage der Akten besteht kein Zweifel, daß bei Erlaß der angefochtenen Strafverfügung (5. Juli 1913) die dreimonatige Verjährungsfrist noch nicht abgelaufen war. Diese und nicht die einjährige Frist kommt hier nach § 1488 Abs. 1 RVO. in Betracht, weil nach allgemeinen, hier unbedenklich anzuwendenden strafrechtlichen Grundsätzen für die Verjährungsfrist der Höchstbetrag der vom Gesetz angedrohten ordentlichen Strafe maßgebend ist (zu vgl. Olshausen, Komm. z. StrG. Anm. 2 zu § 67) Es kann daher nicht darauf ankommen, daß bei Anwendung des § 1488 Abs. 2 a. a. O. unter Umständen eine Geldstrafe von mehr als 300 M. verhängt wird (zu vgl. auch die vorangehende Entsch. 1812). Nun liegt aber zwischen der Strafverfügung (5. Juli 1913) und der nächsten Verfügung, die allenfalls als eine gegen den Täter gerichtete Handlung im Sinne des § 147 a. a. O. betrachtet werden könnte (zu vgl. Olshausen a. a. O. Anm. 9 unter b zu § 68), nämlich dem Abgabebeschlusse des Oberversicherungsamts (30. Oktober 1913) ein Zeitraum von mehr als drei Monaten, und es entsteht daher zunächst die Frage, ob die Strafverfolgung verjährt ist. Diese Frage hat der Beschlußsenat verneint. Wie bereits in der grundsätzlichen Entscheidung 1667 (Amtl. Nachr. 1912 S. 1200) ausgeführt ist, sind in die Reichsversicherungsordnung in Abänderung des bisherigen Rechtszustandes und in Anlehnung an die §§ 67 ff. RStrG. besondere Vorschriften über die Verjährung der Strafverfolgung und der Strafvollstreckung aufgenommen worden (§§ 147, 148 a. a. O.). Bei diesem Stande der Gesetzgebung bezeichnet es die Entscheidung 1667 mit Grund als folgerichtig, daß bei Handhabung der Verjährungsvorschriften der Reichsversicherungsordnung die Grundsätze zu beachten seien, die das gerichtliche Strafverfahren über die Verjährung als Strafausschließungsgrund ausgebildet hat. Indes muß dabei der auch in der Rechtsprechung des Reichsgerichts anerkannten Eigenart des Strafrechts der Versicherungsträger (zu vgl. Entsch. d. RG., 4. Strafsenat, v. 7. Februar 1913, abgedr. i. d. Amtl. Nachr. 1913 S. 525) Rechnung getragen werden. Dabei ist namentlich zu beachten, daß die Geldstrafen, die auch nicht in Freiheitsstrafen umgewandelt werden dürfen, abgesehen von gewissen Fällen in die Kasse der Versicherungsträger fließen (§ 146 RVO.). Während nun nach § 68 Abs. 1 RStrG. jede Handlung „des Richters", welche wegen der begangenen Tat gegen den Täter gerichtet ist, die Verjährung unterbricht, legt § 147 RVO. die nämliche Wirkung einer Handlung dessen bei, der „zur Verhängung der Strafe zuständig" ist. Zuständig zur Verhängung der Strafe sind aber nach dem Gesetz in der Regel die Vorstände der Versicherungsträger, und zwar dergestalt, daß ihnen beim Vorliegen gewisser Tatbestände nicht eine Strafpflicht wie den staatlichen Gerichten auferlegt, sondern nur eine Strafbefugnis eingeräumt ist. So spricht auch § 1488 RVO. nur davon, daß der Anstaltsvorstand die säumigen Arbeitgeber mit einer Geldstrafe belegen und ihnen die hier streitige Nebenstrafe auferlegen „kann". Unzweifelhaft tritt also Verjährung ein, wenn nach Begehung der unter Strafe gestellten Handlung ein Zeitraum von drei Monaten verstreicht, ohne daß der Anstaltsvorstand eine Handlung gegen den Täter gerichtet hat. Ist aber wie hier die Strafverfügung erlassen, bevor Verjährung eintrat, so entsteht die Frage, ob mit dieser gegen den Täter gerichteten Handlung eine neue Verjährung beginnt. Für das gerichtliche Strafverfahren ist es anerkannten Rechtens, daß auch noch im Laufe

Digitized by Google

des Berufungs- und selbst während des Revisionsverfahrens durch Verjährung der Strafverfolgung die sachliche Nachprüfung der Vorentscheidung unmöglich werden kann (zu vgl. Entsch. d. RG. in Strafs. Bd. 23 S. 184, insbesondere S. 188).

Der Anwendung dieses Grundsatzes auf das Strafrecht der Versicherungsträger stehen aber erhebliche Bedenken entgegen. Die ordentlichen Gerichte nehmen dem Angeklagten gegenüber von der ersten bis zur letzten Instanz durchweg die nämliche rechtliche Stellung ein. Sie haben als vom Staate eingesetzte Behörden die Pflicht, den Strafanspruch des Staates zu verwirklichen. Die Mitwirkung der Staatsanwaltschaft bietet die Gewähr dafür, daß der Strafanspruch gegebenenfalls von einer höheren Instanz zur Geltung gebracht wird. Anders beim Strafrecht der Versicherungsträger. Der Schutz ihres Interessenkreises ist in der großen Mehrzahl der Fälle den Vorständen der Versicherungsträger selbst anvertraut. Mit ihrer Entscheidung wird der Strafanspruch verwirklicht. Sieht der Vorstand nach pflichtmäßigem Ermessen von einer Bestrafung ab, so gibt es kein Verfahren, in dem eine Nachprüfung der Frage möglich wäre, ob von der Bestrafung mit Recht abgesehen worden ist. Die auf Anrufen des Bestraften folgende Tätigkeit der Beschwerdeinstanz ist ihrem Wesen nach eine mehr aufsichtliche Nachprüfung der gesetzmäßigen Handhabung der Strafbefugnis eines Selbstverwaltungskörpers. Dabei kann die Beschwerdeinstanz auch zu einer Aufhebung oder Milderung eines Strafbefehls gelangen, das Vorhandensein eines solchen ist aber die unerläßliche Voraussetzung ihres Tätigwerdens. Diese Nachprüfung ist gegenüber den Berufsgenossenschaften und Versicherungsanstalten allerdings mehr und mehr aus den Händen der Aufsichtsbehörde (Reichs- oder Landesversicherungsamt) auf andere Stellen übergegangen. Diese positive Regelung der Zuständigkeit hat aber mit dem Wesen der Sache nichts zu tun, erklärt sich vielmehr lediglich aus der Absicht des Gesetzgebers, die Aufsichtsbehörden zu entlasten (zu vgl. Handb. d. UV., 3. Aufl. I Anm. 1 zu § 146 GUVG., § 178 IVG. gegenüber dem § 145 IVG. u. AVG. v. 22. Juni 1889). Hiernach kann die Beschwerdeinstanz des § 1500 RVO. nur unter erheblichen Einschränkungen als eine „zur Verhängung der Strafe zuständige" Stelle angesehen werden. Ist es schon aus diesem Grunde bedenklich, anzunehmen, daß die Beschwerdeinstanz nach der Absicht des Gesetzgebers berufen sein sollte, von drei zu drei Monaten für die Unterbrechung der Verjährung Sorge zu tragen, so muß es als ausgeschlossen gelten, daß etwa der Anstaltsvorstand seinerseits während des Beschwerdeverfahrens die zur Unterbrechung der Strafverfolgung geeigneten Handlungen vornimmt. Dies würde einerseits dem Grundsatz widersprechen, daß mit der Einlegung eines Rechtsmittels die weitere Behandlung der Sache der ausschließlichen Zuständigkeit der höheren Stelle unterliegt (Devolutiveffekt). Anderseits könnten dem Anstaltsvorstande derartige Handlungen um so weniger zugemutet werden, als der nach § 1488 RVO. erlassene Strafbescheid sofort vollstreckbar wird (zu vgl. § 130 a. a. O.) und nur sein Vollzug nach Ermessen der Beschwerdeinstanz vorläufig ausgesetzt werden kann (§ 1794 a. a. O.). Diese eigenartigen, mit den Grundsätzen des ordentlichen Strafverfahrens völlig unvereinbaren Vorschriften sprechen zugleich dagegen, daß zugunsten des Bestraften in der Beschwerdeinstanz auch noch die Verjährung der Strafverfolgung laufen sollte. Aus allen diesen Gründen hat sich der Beschlußsenat dahin schlüssig gemacht, daß die Vorschriften des § 147 RVO. über die Verjährung nur für das Verfahren bis zum Erlasse der Strafverfügung gelten. Dabei ist nicht übersehen worden, daß der Gesetzgeber in gewissen Fällen aus äußeren Gründen die Strafbefugnis von vornherein nicht in die Hände der Vorstände der Versicherungsträger gelegt hat (zu vergleichen einerseits die §§ 530 Abs. 4 und 1489, anderseits die §§ 870 und 1495 Abs. 1, 2 RVO.). An der grundsätzlichen Beurteilung der Rechtslage kann dadurch nichts geändert werden.

Bei der hiernach möglichen Prüfung der Rechtsfrage, zu deren Entscheidung das Oberversicherungsamt die Sache an das Reichsversicherungsamt abgegeben hat, war der Auffassung des Vorstandes der Landesversicherungsanstalt beizutreten. § 1488 Abs. 1 Satz 2 schreibt vor: „Unabhängig von der Strafe und der Nachholung der Rückstände kann der Vorstand dem Bestraften die Zahlung des Ein- bis Zweifachen dieser Rückstände auferlegen." Die Vorschrift ist unverändert aus § 1469 Abs. 1 des Entwurfs in das Gesetz übergegangen. Die Begründung bemerkt dazu auf Seite 435: „Statt dessen sollen die säumigen Arbeitgeber, unabhängig von der ausgesprochenen Strafe, zur Bezahlung des ein- und zweifachen Betrags der nicht entrichteten Beiträge angehalten werden können, auch wenn sie diese nachholen. Der Vollzug des Invalidenversicherungsgesetzes leidet trotz der bestehenden Ueberwachung häufig noch unter der Lässigkeit der Arbeitgeber in der Beitragsentrichtung. Es erscheint daher geboten, die Strafvorschriften zu verschärfen und nach dem Vorbild der Steuerstrafen dafür zu sorgen, daß die Versicherungsanstalten für die entgangenen Beiträge und Zinsen tunlichst entschädigt werden."

Dazu ist noch folgendes zu bemerken: In dem am 2. April 1909 veröffentlichten Entwurf einer Reichsversicherungsordnung hatte der dem jetzigen § 1488 RVO. entsprechende § 1537 in seinem hier in Betracht kommenden Teile folgende Fassung: „Auch können die Arbeitgeber unabhängig von der verhängten Strafe und ohne Rücksicht auf die etwaige Nachholung der Beiträge von der Versicherungsanstalt zur Bezahlung des ein- bis zweifachen Betrags der nicht entrichteten Beiträge angehalten werden." Wie ein Vergleich mit dem § 1469 des später dem Reichstag vorgelegten Entwurfs ergibt, ist der angeführte Satz einer durchgreifenden sprachlichen Umarbeitung unterzogen worden. In seiner ursprünglichen Fassung brachte er unzweideutig zum Ausdruck, daß bei der Berechnung des Ein- bis Zweifachen die „nicht entrichteten" Beiträge zugrunde gelegt werden sollten. Damit deckt sich auch jetzt noch die oben angeführte Stelle aus der Begründung. Die dem Reichsversicherungsamte bekannte Entstehungsgeschichte des Entwurfs bietet keinen Anhalt für die Annahme, daß bei der Aenderung des Wortlauts in dem hier in Betracht kommenden Punkte andere als sprachliche Gründe maßgebend gewesen seien. Betrachtet man zunächst lediglich den Wortlaut des Gesetzes, so ist eine einschränkende Auslegung der Worte „dieser Rückstände" allerdings möglich. Denn da diese Worte auf die vorangehenden Worte „Nachholung der Rückstände" hinweisen und da eine solche Nachholung nur in den zeitlichen Grenzen des § 29 Abs. 1 RVO. zu-

Digitized by Google

lässig ist, könnte man folgern, daß auch bei der Auferlegung des Ein- und Zweifachen von den noch einziehbaren Rückständen auszugehen ist. Es läßt sich aber auch — sprachlich betrachtet — die Meinung vertreten, daß mit den Worten „der Rückstände" die Gesamtheit der nicht entrichteten Beiträge bezeichnet werden soll, wobei der Gesetzgeber als bekannt, in diesem Zusammenhange aber auch als belanglos voraussetzt, daß der Anspruch auf Rückstände, soweit sie nicht absichtlich hinterzogen worden sind, nach Ablauf einer gewissen Zeit verjährt. In diesem Falle bedeuten die Worte „dieser Rückstände" ebenfalls die Gesamtheit der nichtentrichteten Beiträge. Dieser Auslegung ist der Vorzug zu geben, weil sie zugleich dem in der Begründung dargelegten Zwecke der neuen Vorschrift besser Rechnung trägt. Auch macht der Vorstand der Landesversicherungsanstalt mit Recht darauf aufmerksam, daß bei der anderen Auslegung eine möglichst ausgiebige Schadloshaltung der Versicherungsanstalt in einer Reihe von Fällen, z. B. dann nicht erreicht würde, wenn der Versicherte die Beschäftigung bei dem säumigen Arbeitgeber schon vor längerer Zeit aufgegeben hat und deshalb rückständige Beiträge entweder gar nicht mehr oder nur in geringer Zahl beigetrieben werden können, obwohl seinerzeit die Beitragsentrichtung für mehrere Jahre unterblieben ist. Die Kommentare zur Reichsversicherungsordnung stehen gleichfalls auf dem hier vertretenen Standpunkt (zu vergl. Hanow-Lehmann 3. Aufl. Anm. 13 zu § 1488, RVO., Wehmann Anm. 7 a. a. O.). Hiernach war der Vorstand befugt, dem Beschwerdeführer die vom 1. Mai 1906 bis zum 1. Juni 1913 rückständigen Beiträge in Höhe von 118 M. 40 Pf. aufzuerlegen.

Junge Leute, die sich im niederen Bureaudienst ausbilden, gelten nicht als Lehrlinge im Sinne des § 1226 der Reichsversicherungsordnung.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 21. März 1914.

In formeller Hinsicht war zu prüfen, ob die Vorentscheidung, wie hier geschehen, von dem zum ständigen Stellvertreter im Vorsitz des Versicherungsamts bestellten Königlichen Domänenpächter D. erlassen werden konnte, obwohl der Vorsitzende des Versicherungsamts (der Königliche Landrat) als Arbeitgeber der beim Landratsamte S. beschäftigten Schreiber nach § 1641 Nr. 5, § 1789 RVO. in der Sache beteiligt ist. Das Reichsversicherungsamt hat diese Frage bejaht, weil der vorgenannte Stellvertreter im Vorsitz des Versicherungsamts nicht Vertreter des Landrats ist, der als solcher die Schreiber angestellt hat.

Sachlich war der Standpunkt des Versicherungsamts als begründet anzusehen. Die Versicherungspflicht der Schreiber an sich ist nicht streitig; es fragt sich nur, ob sie als Lehrlinge oder als Gehilfen gelten und ob demgemäß Beitragsmarken der II. oder der III. Lohnklasse für sie zu verwenden sind. Das Reichsversicherungsamt hat sich unter der Herrschaft des Invalidenversicherungsgesetzes in mehreren Entscheidungen dahin ausgesprochen, daß Personen, die sich beispielsweise im niederen Bureaudienst ausbilden, nicht als Lehrlinge im gesetzlichen Sinne zu gelten haben (zu vergl. Ziff. 19 Abs. 3 der Anleitung, betreffend den Kreis der nach dem Invalidenversicherungsgesetze versicherten Personen vom 6. Dezember 1905 — Amtl. Nachr. 1905 S. 613 ff. — und Entscheidung 1288, Amtl. Nachr. 1906 S. 643). Von dieser Auffassung abzugehen, lag kein hinreichender Anlaß vor. Weder die Materialien zu § 1226 der Reichsversicherungsordnung noch der Wortlaut dieser Vorschrift lassen erkennen, daß eine Abweichung von den unter der Herrschaft des früheren Rechtes festgestellten Grundsätzen beabsichtigt gewesen sei. Ob der Lehrlingsbegriff auf dem Gebiete der Krankenversicherung (zu vergleichen § 165 der Reichsversicherungsordnung) weiter zu fassen ist, kann hier dahingestellt bleiben. Selbst wenn man dies annimmt, würde bei dem abweichenden Wortlaut der in Frage stehenden Vorschriften — § 165 Abs. 2 bezeichnet als versicherungspflichtig „Lehrlinge aller Art", während dies in der entsprechenden Vorschrift des § 1226 Abs. 2 nicht geschehen ist — die Ausdehnung dieses Begriffs auch für das Gebiet der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung nicht ohne weiteres anzuerkennen sein. Die im allgemeinen wohl zutreffende Erwägung, der Gesetzgeber habe die der Kranken- und Invalidenversicherung unterstellten Personenkreise möglichst einheitlich gestalten wollen, kann allein zu Gunsten einer Gleichstellung des Lehrlingsbegriffs auf beiden Versicherungsgebieten, die hinsichtlich des Kreises der versicherungspflichtigen Personen auch in anderen, zum Teil wesentlicheren Vorschriften voneinander abweichen, nicht ausschlaggebend ins Gewicht fallen.

Uebertragung der Arbeitgeberpflichten nach § 1494 (534) RVO. setzt nicht Anzeige an den Versicherungsträger voraus.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 15. November 1913.

§ 177 JVG. machte den Uebergang der strafrechtlichen Verantwortlichkeit des Arbeitgebers für die Verwendung von Marken auf bevollmächtigte Leiter seines Betriebs davon abhängig, daß der Arbeitgeber Namen und Wohnort eines solchen bevollmächtigten Betriebsleiters dem Vorstand der Versicherungsanstalt mitteilte. In der Reichsversicherungsordnung, insbesondere im § 1494 ist aber eine derartige Anzeigepflicht nicht vorgeschrieben. § 1494 ist nicht dem § 177 JVG., sondern wie § 534, mit dem er sachlich übereinstimmt (Begr. zur RVO. S. 435), dem § 82a KVG. nachgebildet, der eine solche Mitteilungs-

Digitized by Google

pflicht des Arbeitgebers nicht vorsieht. Da § 1494 als eine Strafvorschrift eng auszulegen ist, kann der Ansicht des Vorstandes der Landesversicherungsanstalt, daß die im § 177 JVG. vorgesehene Anzeigepflicht gleichwohl stillschweigend übernommen worden sei (ebenso Düttmann Anm. 6 zu § 1494), nicht beigepflichtet werden (Hanow-Lehmann, Band IV Anm. 5 zu § 1494). Gegen die Ansicht des Vorstandes spricht auch der Umstand, daß bei den Beratungen des den §§ 1494, 534 entsprechenden § 913 in der Reichstagskommission der Anregung eines Vertreters der verbündeten Regierungen, eine Mitteilung der Person des Stellvertreters an die Berufsgenossenschaft gesetzlich vorzuschreiben, keine Folge gegeben worden ist (Kommissionsber. III. S. 189). Den in dieser Hinsicht geltend gemachten Zweckmäßigkeitserwägungen, so beachtlich sie an und für sich auch sein mögen, kann gegenüber dem gesetzlichen Wortlaut keine ausschlaggebende Bedeutung beigelegt werden. Die im übrigen nicht bestrittene Uebertragung der der Beschwerdeführerin obliegenden Pflichten auf den Bureauangestellten war daher im Sinne des § 1494 RVO. rechtswirksam, obwohl eine Mitteilung davon an den Vorstand der Landesversicherungsanstalt unterblieben war. Die Beschwerdeführerin konnte demnach auf Grund des § 1494 im vorliegenden Falle nicht bestraft werden. Infolgedessen ist die Strafverfügung vom 17. Juni 1912 aufgehoben worden.

D. Zur Angestelltenversicherung.

Entscheidung des Schiedsgerichts für Angestelltenversicherung zu § 229 Abs. 3 VGfA.

Vom 12. März 1914. — D. 188. —

§ 229 Abs. 3 gestattet Minderjährigen, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, die selbständige Stellung und Verfolgung von Anträgen auf „Leistungen" nach dem Angestelltenversicherungsgesetz. Hierzu gehört aber der Antrag auf Befreiung von der Beitragspflicht (VGfA. § 390) nicht. Minderjährige Angestellte können also Anträge in einem Streitverfahren aus § 391 Abs. 2, § 210 des Angestelltenversicherungsgesetzes nur durch den gesetzlichen Vertreter stellen.

Grundsätze zu den §§ 2 und 391 des VGfA. aus der Uebung der Reichsversicherungsanstalt.

(„Angestelltenversicherung" 1914 S. 95)

Zu § 2. Der von Bureauangestellten durch Anfertigung von Kanzleiarbeiten außerhalb der Dienststunden erzielte Verdienst ist als Teil ihres versicherungspflichtigen Jahresarbeitsverdienstes anzusehen und daher bei Feststellung der Gehaltsklasse in Ansatz zu bringen. (I. B. 1135/14.)

Zu § 391. 1. Mitglieder von Ersatzkassen, die berechtigt sind, den Antrag auf Befreiung von der eigenen Beitragsleistung zu stellen, während ihrer Ersatzkassenzugehörigkeit aber den Antrag nicht gestellt hatten, können den Antrag noch in der ersten Aufnahmekarte, die sie nach ihrem Ausscheiden aus der Ersatzkasse einzureichen haben, stellen. Die Befreiung hat alsdann mit Wirkung vom Ausscheiden aus der Ersatzkasse zu erfolgen.

2. Ersatzkassenmitglieder, die den Antrag auf Befreiung von der eigenen Beitragsleistung bereits gestellt hatten, um des Antragsrechts nicht verlustig zu gehen, sollen berechtigt sein, den Antrag auf Befreiung mit rückwirkender Kraft zurückzuziehen. Das Recht, später auf den Antrag gemäß Ziffer 1 zurückzugreifen, bleibt ihnen unbenommen. Selbstverständlich bezieht sich dies nicht auf den Fall, daß der Angestellte bereits der Reichsversicherungsanstalt angehört hat und von der eigenen Beitragsleistung befreit war, bevor er zu einem der Ersatzkasse angeschlossenen Arbeitgeber gekommen ist. Hier würde ein etwaiger Verzicht auf die Befreiung endgültig sein. (Ia 32 527/13.)

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" 1914 S. 95 ff.)

1. Unzulässigkeit der Revision bei Ansprüchen auf Erstattung der Beiträge gemäß § 398 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

2. Der Abschluß eines Versicherungsvertrags mit einer ausländischen, im Inland zum Geschäftsbetriebe nicht zugelassenen privaten Lebensversicherungsgesellschaft gewährt keinen Anspruch auf Befreiung von der Beitragsleistung zur Angestelltenversicherung.

3. Versicherungspflicht eines in einer staatlichen Pulverfabrik beschäftigten Betriebsschreibers.

4. Der Abschluß eines Unfallversicherungsvertrages mit Prämienrückgewähr für den Fall des Todes oder der Erreichung eines bestimmten Lebensalters begründet keinen Anspruch auf Befreiung von der Beitragsleistung nach § 390 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Digitized by Google

Sprechsaal.

Nochmals: Die Ersatzansprüche der Krankenkassen wegen unterlassener Anmeldung nach § 50 KVG.

Meine Ausführungen im Heft 15 S. 345 über die Geltendmachung von Ersatzansprüchen durch Krankenkassen bei unterlassener Anmeldung versicherungspflichtiger Personen gegenüber dem Arbeitgeber haben nur insofern den Beifall Hahns (s. Heft 16 S. 369) gefunden, als auch er nach Fortfall des KVG. § 58 annimmt, daß die Ersatzansprüche, soweit sie am 1. Januar 1914 noch nicht anhängig waren, nur im ordentlichen Rechtswege geltend gemacht werden können, und daß hierfür nur solche Ersatzansprüche in Frage kommen, die vor dem 1. Januar 1914 entstanden sind. Anlangend die Frage nach der Entstehung dieser Ersatzansprüche, so weicht Hahn von meiner Auffassung wesentlich ab. Ich habe im Hinblick auf die rechtliche Natur und den Zweck des Ersatzanspruchs ausgeführt, daß, da die Ersatzpflicht mit der unterlassenen Anmeldung und die Verpflichtung zur Anmeldung mit dem Beginn der Beschäftigung entstehe, für alle Beschäftigungsverhältnisse, die vor dem 31. Dezember 1913 entstanden seien, der § 50 KVG. noch in vollem Umfange gelte, so daß die Kasse für ihre Aufwendungen von dem Arbeitgeber auch dann vollen Ersatz verlangen könne, wenn die dreitägige Meldefrist zum Teil in die Zeit nach dem 1. Januar 1914 falle. Hahn ist dagegen der Ansicht, daß aus KVG. § 50 nur dann Ersatzansprüche geltend gemacht werden könnten, wenn vor dem 1. Januar 1914 sowohl die Anmeldung unterblieben als auch der Unterstützungsfall eingetreten sei, denn der Ersatzanspruch der Kasse gegen den meldesäumigen Arbeitgeber entstehe weder mit dem Beginn der Beschäftigung, noch mit der Versäumnis der Anmeldung, sondern erst mit Eintritt des Unterstützungsfalls, nicht früher und nicht später. Da nach bürgerlichem Recht ein Tatbestand, der aus mehreren zeitlich aufeinander folgenden einzelnen Tatsachen sich zusammensetze, dem Rechte der Zeit angehöre, in welcher sich der Tatbestand vollendet habe, so könne auch ein Anspruch aus KVG. § 50 erst entstehen, wenn alle seine rechterzeugenden Voraussetzungen noch unter Herrschaft des früheren Rechtes, also vor dem 1. Januar 1914 eingetreten seien. Die Beantwortung der Frage, wann der Ersatzanspruch aus KVG. § 50 entstanden ist, hängt lediglich von der rechtlichen Natur des Anspruchs ab. Nach Köhne, Komm. z. KVG. Anm. 6 zu § 50, ist der Ersatzanspruch ein Strafbeitrag, der mit der jedesmaligen Unterstützungsleistung an den Versicherten entsteht. Wäre diese Auffassung über die rechtliche Natur des Anspruchs zutreffend, dann würde der Ersatzanspruch sicher schon im Augenblick, wo die Meldepflicht versäumt wird, eintreten. Im übrigen wird diese Auffassung übereinstimmend in der Literatur bekämpft, und dagegen insbesondere auch von Hahn (s. Komm. z. KVG. Anm. 1 zu § 50) angenommen, daß es sich nicht um einen Schadensersatzanspruch wegen Nichterfüllung, sondern um einen ganz singulären, auf einen allgemeinen Rechtsgrund nicht zurückzuführenden Anspruch (obligatio ex lege) mit pönalem Charakter handle. Wenn diese Begriffsbestimmung, namentlich die Hervorhebung des pönalen Charakters, irgendeine greifbare Bedeutung haben soll, so kann sie nur dahin gehen, daß der Ersatzanspruch nicht nach den Grundsätzen des bürgerlichen Rechts zu beurteilen ist und, wie die Strafe, wenigstens dem Grunde nach in dem Augenblick zur Entstehung gelangt, wo sich der Arbeitgeber gegen die Vorschriften über die Anmeldung der von ihm beschäftigten versicherungspflichtigen Personen vergeht. Aber auch praktische Erwägungen sprechen gegen die Auffassung Hahns. Durch die Reichsversicherungsordnung ist bekanntlich an die Stelle des Ersatzanspruchs die Befugnis der Krankenkasse gesetzt, unabhängig von der Nachholung der Beiträge dem bestraften Arbeitgeber die Zahlung des Ein- bis Fünffachen der rückständigen Beiträge aufzuerlegen. Wie das Reichsversicherungsamt wiederholt zur Auslegung des im wesentlichen gleichlautenden § 1488 Abs. 1 Satz 2 RVO., zuletzt noch in einer Entscheidung vom 15. November 1913 (Arb.-Vers. 1914 S. 383) ausgesprochen hat, ist die Auferlegung der Zahlung des mehrfachen der Rückstände eine Nebenstrafe besonderer Art, über die im Beschwerdeverfahren zu entscheiden ist. Hieraus folgt, daß diese Strafe nur verhängt werden kann, wenn die Voraussetzungen für ihre Verhängung unter dem neuen Recht erfüllt sind. Für versäumte Meldungen, die vor dem 1. Januar 1914 erstattet werden mußten, kann jedenfalls die Nebenstrafe nicht verhängt werden. Würde nun, entsprechend der Auffassung Hahns, gegenüber Arbeitgebern, welche die Meldung vor dem 1. Januar 1914 unterlassen haben, der § 50 KVG. nur Anwendung finden, wenn auch der Unterstützungsfall vor dem 1. Januar 1914 eingetreten ist, so würden die Kassen außerstande sein, für ihre Ausfälle sich an dem säumigen Arbeitgeber zu erholen; weder die Geltendmachung des Ersatzanspruchs nach KVG. § 50 noch die Verhängung der Nebenstrafe würde zulässig. Einzig und allein wäre noch eine gerichtliche Bestrafung nach § 81 KVG. möglich, d. h. der Arbeitgeber könnte höchstens mit ganzen 20 Mark bestraft werden. Das wäre eine offenbare, durch nichts gerechtfertigte Ungerechtigkeit, die von den Krankenkassen nicht verstanden würde.

Die Frage nach der Entstehung des Ersatzanspruchs ist bisher in der Literatur nicht erörtert worden, weil bei dem bisher gleichbleibenden Rechte hierfür ein Bedürfnis nicht vorlag. Aber dringend erforderlich wäre es gewesen, durch eine Uebergangsbestimmung den Krankenkassen einen klaren Weg für die Geltendmachung ihrer Ansprüche vorzuschreiben und dadurch die Ueberleitung in das neue Recht zu erleichtern. Bei der Vielgestaltigkeit der Ansichten über die Geltendmachung der Ersatzansprüche nach dem KVG. § 50 während der Uebergangszeit befinden sich die Krankenkassen in einer höchst unbequemen Lage, zumal sie nicht voraussehen können, wie die Gerichte entscheiden werden. An widersprechende Entscheidungen wird es, wie bisher, auch nicht fehlen.

Dr. Hoffmann,
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat.

Erwiderung.

Diesen Ausführungen ist jedenfalls in dem Punkte, auf den es ankommt, nicht zuzustimmen. Gewiß ist die Ersatzpflicht des Arbeitgebers

Digitized by Google

aus § 50 KVG. eine Strafe, aber eine Privatstrafe, die der in ihrem Rechte verletzten Kasse als ein Forderungsrecht zusteht. Deshalb ist es irrig, daß sie, wie die eigentliche Strafe (§ 80 KVG.), in dem Augenblicke verwirkt sein müsse, in dem die Meldepflicht verletzt ist, und daß sie nicht nach den Grundsätzen des bürgerlichen Rechts zu beurteilen sei. Die Privatstrafe setzt eben, anders als die eigentliche Strafe (die Hauptstrafe), noch den Eintritt eines dem Berechtigten nachteiligen Erfolges voraus. Hoffmann fragt, welche Bedeutung dann die Hervorhebung der strafähnlichen Natur des Erstattungsanspruchs haben soll, wenn er nach bürgerlichem Rechte beurteilt werden soll. Die Antwort ist in meinem Kommentar zum KVG. in Anm. 1e und h zu § 50 gegeben: Der Anspruch wird nicht, wie ein Schadenersatzanspruch, dadurch ausgeschlossen, daß die Kasse für ihre Aufwendungen noch anderweitige Ersatzansprüche, z. B. gegen eine Berufsgenossenschaft, hat, und er ist nicht, wie eine Beitragsforderung, ohne Prozeß beitreiblich und nicht mit dem Vorrecht aus § 61 Ziff. 1 Konk.-Ordg. ausgestattet. Die RVO. hat dies wesentlich geändert. Sie hat den Erstattungsanspruch beseitigt und dafür die Kasse ermächtigt, dem nach § 530 Bestraften noch Strafbeiträge aufzuerlegen. (§ 531 Abs. 2). In der Begründung dieser Rechtsänderung, auf die Hoffmann in seinem ersten Artikel (Heft 16 S. 369) eingegangen ist, wird (S. 253, 254) auf die Unzweckmäßigkeit und Unbilligkeit der bisherigen Regelung hingewiesen, wonach die nachteilige Folge (die Ersatzpflicht aus § 50 KVG.) ganz von dem rein zufälligen Umstand abhängt, ob die nicht angemeldeten Personen erkranken, ehe die Säumnis nachgeholt ist oder nicht. Jetzt dagegen kann ein Strafbeitrag auferlegt werden „gewissermaßen als Ersatz für die tatsächlichen oder doch möglich gewesenen Aufwendungen" der Kasse. Also: nach der RVO. kommt es nicht darauf an, ob die Kasse irgendwelche Aufwendungen tatsächlich machen mußte; nach § 50 KVG. aber hängt der Anspruch der Kasse — nicht nur dem Maße nach, sondern überhaupt — davon ab, daß die Kasse Aufwendungen „in einem vor der Anmeldung durch die nicht gemeldete Person veranlaßten Unterstützungsfalle gemacht hat." So steht es doch auch ausdrücklich im Gesetze und damit ist zweifelsfrei ausgedrückt, daß ein Erstattungsanspruch schlechthin nicht besteht, ehe ein Unterstützungsfall, für den die Kasse aufzukommen hat, eingetreten ist.

Auch das ist unrichtig, daß meine Auffassung die unbillige praktische Folge haben müsse, daß die Kasse leer ausgehe, wenn die Meldefrist vor dem 1. Januar 1914 versäumt, der Versicherungsfall aber erst nach dem 31. Dezember 1913 eingetreten ist. Ist bei Eintritt eines solchen Falles die Meldung noch nicht nachgeholt, so wird zwar nicht mehr der außer Kraft gesetzte § 50 KVG., wohl aber, weil die Verletzung der Meldepflicht ein Dauerdelikt ist, welches unter der Herrschaft der RVO. fortgesetzt wird, der § 531 Abs. 2 anwendbar sein.

Hahn, Geheimer Justizrat.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Entstellung des Berliner Abkommens zwischen Aerzten und Krankenkassen.

Es kriselt wieder! Der Leipziger Verband der Aerzte hat das Berliner Abkommen (Arb.-Vers. 1914 S. 50 ff.) und die Ausführungsbestimmungen mit Bemerkungen seines Vorsitzenden Dr. Hartmann (Leipzig) herausgegeben, die so wesentliche Unrichtigkeiten enthalten, daß die vier großen Krankenkassenverbände sich genötigt gesehen haben, in einer gemeinsamen Erklärung v. 3. Juni 1914 dazu Stellung zu nehmen, die Abweichungen von der Wahrheit ausführlich darzulegen und das folgende ernste Schlußwort auszusprechen: „Sollte der Leipziger Verband dazu übergehen, die Aerzte im Sinne der unrichtigen Ausführungen von Dr. Hartmann zu beeinflussen und auf diese Weise einer friedlichen Regelung der Verhältnisse aufs neue Schwierigkeiten bereiten, so würde ein solches Vorgehen gegen Treu und Glauben verstoßen und den Bruch des Berliner Abkommens bedeuten."

Die Verbände jedenfalls haben ihren guten Willen zum Frieden durch ihre sachliche Erklärung und dadurch betätigt, daß sie nach dem erwähnten Schlußwort die „Erläuterungen" nur als eine Privatarbeit des Vorsitzenden des Leipziger Verbandes und in der Herausgabe dieser Arbeit durch den Verband (Nr. 33 seiner Veröffentlichungen) noch nicht eine Beeinflussung der Aerzte im Sinne jener Unrichtigkeiten ansehen. Es handelt sich, in kurzer Zusammenfassung der überzeugenden Darlegungen der Kassenverbände, um folgende Punkte:

I. Nach Ziff. 2 Abs. 1 des Abkommens sind, soweit nicht bei einer Kasse oder einem Kassenverbande alle Aerzte zur Praxis zugelassen sind, soviel Aerzte anzustellen, daß mindestens auf je 1350 Versicherte, bei Familienbehandlung auf je 1000 Versicherte ein Arzt entfällt. Es kann schon nach dem Wortlaut nicht zweifelhaft sein, daß hierbei die Spezialärzte mitzuzählen sind (ebenso Schlottmann S. 15) und ebenso auch solche Aerzte, die zugleich für eine oder mehrere andere Kassen oder Verbände tätig sind. Dennoch wird in jener Schrift der gegenteilige Standpunkt vertreten. Die Kassenverbände widerlegen ihn zum Ueberfluß auf Grund des Ganges der Verhandlungen über das Abkommen.

II. Nach Ziff. 2 Abs. 2 des Abkommens soll unter den bei einer Kasse oder einem Kassenverbande zugelassenen Aerzten, wenn nichts anderes bestimmt ist, den Versicherten die Auswahl freistehen. Dies soll nach Dr. Hartmann die grundsätzliche Anerkennung der freien Arztwahl bedeuten, „zunächst wenigstens sicher bei allen neu errichteten Kassen", so daß Kassen, welche ein anderes Arztsystem einführen wollen, diese Forderung mit Gründen vor den berufenen Instanzen erst zur Anerkennung bringen müßten! Die Kassenverbände mußten demgegenüber wieder erst aus dem Wortlaut und Gange der Verhandlungen nachweisen, daß Ziff. 2 Abs. 2 nur

Digitized by Google

besagt, daß die Versicherten unter den zugelassenen Aerzten, wenn nichts anderes bestimmt ist, die Wahl haben sollen, und daß die Bestimmung im übrigen auf das Arztsystem gar keinen Bezug hat (zu vgl. Ziff. 5 Abs. 2 Satz 1).

III. In Ziff. I der Ausführungsbestimmungen über den Vertragsausschuß wird als dessen Aufgabe bezeichnet, auf das Zustandekommen von Arztverträgen hinzuwirken. „Hierbei ist davon auszugehen, daß der freie Vertragswille beider Teile so wenig wie möglich beschränkt werden darf." Das entstellt Dr. Hartmann dahin: „wenn die Aerzte sich organisiert haben und gewillt sind, nur als Organisation den Vertrag abzuschließen, so dürfen die Kassen diese Vertragsform nicht ohne weiteres ablehnen." Also: unter dem „freien" Vertragswillen soll der Zwang für die Kassen und unter dem Willen „beider Teile" der einseitige Wille der Aerzte verstanden werden! Eine schlimmere Entstellung ist kaum denkbar. Mit Recht führen aber die Verbände aus, daß Ziff. 1 der erwähnten Ausf.Best. sich überhaupt nur auf den materiellen Inhalt der abzuschließenden Verträge bezieht, nicht auf die Rechtssubjekte, zwischen denen sie zu schließen sind. Von diesen handelt Ziff. 4 Abs. 2 des Abkommens, der mit nicht mißzuverstehender Deutlichkeit sagt: „Die Verträge selbst werden zwischen der Kasse (oder dem Kassenverbande) und dem einzelnen Arzte geschlossen." Das ist doch bündig und klar, und ebenso bündig und klar bemerkt Schlottmann hierzu (S. 16): „Hierdurch ist der sog. Kollektivvertrag, d. h. der Vertrag der Kasse mit der örtlichen Aerzteorganisation verworfen." Wahr ist also das direkte Gegenteil von dem, was Dr. Hartmann behauptet.

IV. Die erwähnten Ausf.Best. besagen unter Ziff. VI Abs. 1, daß, wenn eine Einigung im Vertragsausschuß oder auf der von ihm vorgeschlagenen Grundlage nicht zustande kommt, die Sache zur Entscheidung an das Schiedsamt abzugeben ist. Gleichwohl wird von Dr. Hartmann behauptet, daß, wenn die beiderseitigen Vertreter im Vertragsausschuß den Vertragstext abschließend festgesetzt haben, weder die ärztlichen Organisationen noch der einzelne Kassenarzt ein Recht der Ablehnung haben. Dabei ist verkannt, daß die Aufgabe des Vertragsausschusses immer nur eine vermittelnde ist und daß sein Beschluß nur die Bedeutung eines Vorschlags für den Vertragsabschluß der Kasse mit dem einzelnen Arzt hat. Nur das Schiedsamt ist zu einer Entscheidung mit verbindlicher Wirkung für beide Teile berufen (Schlottmann S. 46).

V. Nach Ziffer 5 Abs. 2 und 3 des Abkommens bewendet es grundsätzlich bei dem jeweils bestehenden Arztsystem. Eine Aenderung soll eintreten im Falle einer Einigung der Kasse mit den zugelassenen Aerzten oder, beim Mangel einer Einigung, aus einem wichtigen Grunde. Ob ein solcher Grund vorliegt, entscheidet das Schiedsamt mit verbindlicher Wirkung (vgl. auch Ziff. IV Abs. 2 der Ausführungs-Bestimmungen über das Schiedsamt). Hierzu bemerkt Dr. Hartmann: „Es ist also (!) Aufgabe der Organisation, die Aerzte zu verpflichten, daß sie in allen Fällen an der freien Arztwahl festhalten." Und weiterhin: ein wichtiger Grund liege z. B. darin, „daß bei allen übrigen Kassen des Bezirks die freie Arztwahl besteht . . . oder daß ins Arztregister nur solche Aerzte eingetragen sind, welche die freie Arztwahl wollen, so daß andere Aerzte nicht zu haben sind." Im ersten Punkte hätte nicht verschwiegen werden sollen, daß die Organisation die Aerzte nicht schlechthin „verpflichten" kann, an der freien Arztwahl festzuhalten; denn wenn das Schiedsamt dies System aus einem wichtigen Grunde beseitigt, so ist das für beide Teile verbindlich, die der Organisation gegenüber eingegangene „Verpflichtung" des einzelnen Arztes also ohne Rechtswirkung. Im zweiten Punkt aber kommen jene Bemerkungen darauf hinaus, daß die Aerzte nur einmütig zu wollen brauchen, um überall die freie Arztwahl durchzusetzen — so daß wir ungefähr so weit wären wie vor dem Abkommen! Dies ist unter dem Gesichtspunkte der Wahrheit und des Friedens, der doch der Zielpunkt des ganzen Abkommens war, wohl die schlimmste dieser „Erläuterungen". Ausdrücklich heißt es in der Niederschrift vom 10. Februar 1914, betr. die Ausführungsbestimmungen: „dabei bestand Einverständnis darüber, daß das bloße Verlangen einer Partei nach Aenderung des Arztsystems allein noch nicht als wichtiger Grund im Sinne der Nr. 5 Abs. 2 des Berliner Abkommens anzusehen sei" (Schlottmann S. 29, auch S. 17 Anm. 5).

Die neuen Verträge der Krankenkassen mit den Aerzten.

(Schluß.)

Verschiedentlich wurde — eine neue Methode — das Arzthonorar nach Prozenten der Beitragseinnahme festgesetzt. In Wittenberg wurden nur für die Behandlung der Mitglieder 22% der Beitragseinnahme vereinbart. Die Gemeinsame Ortskrankenkasse Weida (Thür.) erzielte eine Einigung mit den Aerzten bis 31. Dezember 1913 auf Grund einer Pauschale von 30%. In Naumburg a. S. kam mit dem Aerzteverein ein Vertrag zustande, wonach die Kasse zwar nach den Mindestsätzen der Gebührentaxe bezahlt, aber das Gesamthonorar 30% der Beitragseinnahme nicht übersteigen soll. In Apolda sieht der abgeschlossene Vertrag ein Arzthonorar von 27% der Beitragseinnahme bei einer Erhebung von 3½% des Grundlohnes für die gesamte ärztliche Tätigkeit außer Kilometergebühren und Nachtbesuchen vor.

Zu einem Schiedsspruch durch das formgerecht eingesetzte Schiedsamt oder auch durch eine freigewählte Schiedsinstanz kam es z. B. in Oberstein und Idar. Nach dem Schiedsspruch erhalten die Aerzte im ersten Jahre 5,50 Mark, die weiteren vier Jahre 5,75 M. pro Mitglied. Der Vertrag dauert fünf Jahre. Bisher zahlte die Obersteiner Kasse 4 M., die Idarer Kasse 4,75 M. für die Behandlung der Mitglieder. In dem jetzigen Satze sind sämtliche Leistungen mit inbegriffen. — In dem Streite zwischen der Allgemeinen Ortskrankenkasse in Barmen und den dortigen Aerzten fällte das Schiedsgericht folgenden Schiedsspruch: Der Pauschalsatz beträgt 9 M. pro Jahr und Mitglied als Höchstgrenze, d. h. die Kasse zahlt für Konsultationen 1 M., für Besuche im Hause 1,50 M., für Extraleistungen nach den Minimalsätzen der preußischen Gebührenordnung. Der Gesamtbetrag darf den Satz von 9 M. pro Jahr und Mitglied nicht übersteigen. Dabei gewährt die Kasse nur 26 Wochen ärztliche Behandlung. Die Familienbehandlung tritt erst ein, wenn der Versicherte 6 Monate der Kasse

Digitized by Google

angehört. Bisher wurden pro Jahr und Mitglied 7 M. bezahlt. Der Schiedsspruch bedeutet für die Barmer Kasse eine jährliche Mehrausgabe von 90 000 M. bei dem jetzigen Mitgliederstande und für die Aerzte eine Gehaltserhöhung von 28 %.

Zum tatsächlichen Aerztestreik kam es u. a. in Königsberg, wo am 13. Januar 1914 abends die Aerzte die Tätigkeit für die Kasse einstellten. Am dritten Tage darnach stellten auch die Krankenanstalts- und Kliniksärzte die Behandlung für die Kassenmitglieder ein. Nach Vermittlung aller zuständigen Behörden und selbst auch des Staatssekretärs nahmen am 22. Januar die Aerzte die Tätigkeit wieder auf. Beide Teile verpflichteten sich, daß zu fällende Schiedsgerichtsurteil anzuerkennen. In Riesa a. E. wurde ein kurzer Aerztestreik beendet, nachdem die Kasse 10 M. pro Mitglied und Jahr einschließlich Familienversorgung, statt seither 5,75 M., bewilligt hatte. Extraleistungen sind nach der Gebührentaxe besonders zu bezahlen. In Graudenz wurde der Aerztestreik durch das Schiedsamt endgültig beigelegt. Die strittige freie Arztwahl wurde wieder beibehalten. In Guben weigerten sich die Aerzte auch, die Mitglieder der Ortskrankenkasse als Privatpatienten zu behandeln. Wiederholte Vergleichsvorschläge vom ersten Bürgermeister wurden von der Kasse angenommen, von der Aerzteorganisation aber abgelehnt. Auch in Gößnitz gaben die Aerzte bekannt, daß sie die Mitglieder der Allgemeinen Ortskrankenkasse und deren Familienangehörigen „bis auf weiteres", abgesehen von Notfällen, überhaupt nicht mehr behandeln. Braunschweig hatte ebenfalls einige Tage Kassenarztstreik. Acht Vertragsärzte praktizierten weiter. Ergebnis: Die Kasse führt freie Arztwahl ein, erhöht die Pauschale auf 6 M. und erkennt das Berliner Abkommen an. Der Vertrag währt 5 Jahre. In den ländlichen Kreisen Pr.-Holland und Mohrungen lehnen seit dem 1. April die Aerzte der Landkrankenkassen die Behandlung ebenfalls ab. Der angerufene Regierungspräsident erklärte, daß ihm eine Einwirkung auf die Aerzte in bezug auf Behandlung der Kassenmitglieder nicht zustehe. In Herford (Westfalen) erließen sämtliche 15 Aerzte ein Inserat, wonach sie die Mitglieder von sechs Krankenkassen, die zur bisherigen ärztlichen Behandlung Nichtärzte zugelassen hatten, nur noch in Fällen dringender Lebensgefahr behandeln werden. In Elbing erklärten die Aerzte ebenfalls, daß sie jede Behandlung von Kassenpatienten, außer bei plötzlicher Lebensgefahr, ablehnen. Bei der Betriebskrankenkasse der Zeiß-Werke in Jena fand ein Streik von kurzer Dauer mit dem Ergebnis statt, daß ein Pauschalhonorar von 5 M. für jedes ledige und 15 M. für jedes verheiratete Mitglied vereinbart wurde. Operationen und Entbindungen werden besonders honoriert. Nach einem Streik hat die Allgemeine Ortskrankenkasse Staufen einen Vertrag dahin abgeschlossen, daß das Gesamthonorar für die Behandlung der Mitglieder nicht mehr wie 28% der Mitgliederbeiträge betragen soll. Im Schweidnitzer Bezirk verweigerten die Aerzte den Eisenbahnbeamten und Bahnkassenmitgliedern sowie deren Angehörigen, außer in dringenden Fällen, die ärztliche Hilfe, weil die Eisenbahndirektion Breslau zwei eigene Bahnärzte angestellt hat. Aehnlich verfuhren die Aerzte in Reichenbach i. Schl. Die Behandlung der Kassenmitglieder als Privatpatienten geschah noch in Leipzig, Frankfurt a. Oder, Stolp, Bitterfeld (Landkrankenkasse, wo die Aerzte auch das Ausstellen der Krankenscheine ablehnten und die Kasse eine Geldentschädigung für Arzt und Arznei bezahlte).

An sonstigen bemerkenswerten Vorkommnissen sei folgendes hervorgehoben. In Braunschweig hatten die Kassen, als der Aerztekonflikt beigelegt wurde, drei auf 10 Jahre fest engagierte Aerzte in Diensten. Sie hatten einen notariell beglaubigten Vertrag mit den Kassen abgeschlossen, der ihnen eine Abfindungssumme von je 100 000 M., in zehn Jahren zahlbar, zusicherte, wenn die Kasse auf ihre Dienste verzichtete. Der Leipziger Aerzteverband wollte nun die Aerzte nicht abfinden, weil dies Sache der Kassen sei, die jene Verträge eingegangen sind. Die Kassen wiederum haben den Aerzten die Hälfte der angegebenen Summe angeboten. Die Aerzte haben die Kassen verklagt. In Leipzig war zwischen der Allgemeinen Ortskrankenkasse und den Aerzten festgelegt worden, daß die in Zukunft der Kasse freiwillig beitretenden Mitglieder, sofern sie mehr als 2000 M. Einkommen haben, nur auf Krankengeld versichert sein sollten, also das Arzthonorar selbst zu zahlen haben. Das Abkommen bedurfte nach § 215 Abs. 2 RVO. der Zustimmung des Oberversicherungsamtes. Dieses hat jedoch die Zustimmung versagt, da alle Versicherungsberechtigten gleichmäßig zu behandeln seien. Ein origineller Kompromiß wegen zweier festangestellter Aerzte wurde im Landkreise Göttingen geschlossen. Der Aerzteverein wollte sie unter allen Umständen beseitigt sehen. Nach langen Verhandlungen unter Leitung des Oberversicherungsamtes Hildesheim wurde vereinbart, daß die zwei Aerzte zunächst ein halbes Jahr auszuscheiden haben, aber dann wieder tätig sein können, wenn sie wollen. In Stettin wurden im Einverständnis mit den alten Aerzten auch die neuhinzugezogenen Aerzte zur Kassenpraxis zugelassen. Dasselbe geschah auch in Bocholt, wo damit der vier Jahre bestehende Streik beendet wurde.

Durch diese zahlreichen Abschlüsse von Verträgen hat sich die Zahl der Orte mit Aerztekonflikten stark vermindert. Anfang Mai 1914 zählte die bekannte Kavetetafel des Leipziger Aerzteverbandes noch 235 Orte, die gemieden werden sollen. Darunter befanden sich von großen Städten noch Barmen, Breslau, Düsseldorf, Frankfurt am Main, Köln, Leipzig, Wiesbaden, Hannover usw. Einige von den großen Städten stehen chronisch in dem Verzeichnis; die übergroße Mehrzahl der Orte sind kleinen Umfangs. Meist soll von ihnen nur die Konkurrenz ferngehalten werden.

Als Ergebnis läßt sich im großen ganzen sagen, daß die Aerzte ihr Hauptideal, die freie Arztwahl, verwirklicht haben, wenn allerdings auch nicht lückenlos. Im weiteren gelang es ihnen, die Honorare durchgehends, zum Teil erheblich, zu erhöhen. Mehr wie bisher bildet die ärztliche Behandlung die wichtigste Ausgabeposition der Kassen und zahlreicher wie bisher wird es Kassen geben, die mehr an Honorar für die Aerzte als an Krankengeld für die Versicherten ausgeben. Dagegen gelang es den Aerzten nicht, die Wünsche, die ihnen speziell aus Anlaß der Reichsversicherungsordnung kamen, durchzudrücken. Dahin gehört vor allem die verlangte Gruppierung der Mitglieder und die entsprechende Klassifizierung der Honorare. Wie auch obige Stichproben beweisen, ist man nur sehr selten dazu gekommen,

Digitized by Google

diese Teilung einzuführen oder die Rechte der freiwilligen Mitglieder zu beschneiden. Das ist auch nur richtig und erklärlich. Gerade dieses Verlangen widerstrebt dem Gedanken der sozialen Versicherung, ganz abgesehen davon, daß es eine Reihe technischer Schwierigkeiten, wenn nicht Unmöglichkeiten, bietet. Auch das Bestreben der Aerzte, ihren Einfluß auf die Kassenverwaltung zu steigern, ist im allgemeinen abgeschlagen worden, wenn auch nicht übersehen werden darf, daß ihm vielfach Konzessionen gemacht wurden.

Wie die neu eingeführten Vermittlungs- und Schiedsinstanzen funktionieren werden, steht noch dahin, da die bisherigen Erfahrungen zu einem abschließenden Urteil nicht ausreichen.

Halle a. S. F. Kleeis.

Vom Verbande der Aerzte Deutschlands (Leipziger Verband)

erhalten wir folgende Zuschrift: Die „Braunschweigische Landeszeitung" verbreitet neuerdings die Meldung, daß sich im Gegensatz zum Verbande der Aerzte Deutschlands (Leipziger Aerzteverband) ein „Verband unabhängiger Kassenärzte" mit dem Sitze in Braunschweig gebildet habe. Beigetreten seien bisher Braunschweig, Düsseldorf und Breslau. Eine ähnliche Notiz wurde schon einmal Anfang dieses Jahres von Braunschweig aus verbreitet. Die eingesessene Aerzteschaft der drei genannten Städte gehört aber geschlossen zum Leipziger Verbande, es kann sich also deshalb nur um solche Aerzte handeln, welche während der Vertragsstreitigkeiten am Ende des letzten Jahres nach diesen Städten von auswärts als sogenannte Nothelfer zugezogen waren. Diese Nothelfer können aber nach dem zwischen den großen Organisationen der Krankenkassen und der Aerzte abgeschlossenen Vertrage, dem sogenannten Berliner Abkommen als Kassenärzte so lange nicht zugelassen werden, bis sie sich zu einem annehmbaren Betrage haben abfinden lassen. Der ganze Zweck des Verbandes unabhängiger Kassenärzte kann deshalb nur der sein, im Gegensatz zu den Verbänden der Krankenkassen und Aerzteverbände die Interessen der Nothelfer nach der Richtung zu wahren, daß die Abfindungssummen möglichst hoch ausfallen. Wie wir übrigens aus bester Quelle erfahren, handelt es sich bei dieser Gründung nur um einige wenige Aerzte, nicht etwa um alle Nothelfer.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und recht deutlich zu schreiben.

Dringende Bitte!

In den bevorstehenden Ferienmonaten haben auch die Mitglieder unserer Schriftleitung das Bedürfnis, sich von der anstrengenden Tagesarbeit zurückzuziehen und auswärts Erholung zu suchen. Die Leser der „Arbeiter-Versorgung" werden daher gebeten, während dieser Zeit Anfragen an den Briefkasten nur in sehr dringenden Fällen zu richten und uns ausreichende Zeit zur Beantwortung zu lassen.

Unsere Auskünfte setzen die Richtigkeit der uns gemachten Angaben voraus.

1. **Nach X. Antwort:** Es ist selbstverständlich, daß wir unsere Auskünfte immer nur auf Grund der uns gemachten tatsächlichen Angaben erteilen können. Jede Auskunft ist daher mit dem selbstverständlichen Vorbehalt zu verstehen, daß sie die Richtigkeit der Angaben voraussetzt. Für diese Richtigkeit einzustehen, ist nicht unsere Sache, sondern Sache des Anfragenden. Wir können weder Erhebungen anstellen, noch — wie Sie vorschlagen — bei sogenannten „Beschwerden" von Kassenvorständen oder Geschäftsführern „dem Versicherungsamt Gelegenheit zur Aeußerung geben." Dergleichen steht uns nicht zu, und niemals würde uns einfallen, die an uns gerichteten Anfragen als „Beschwerden" anzusehen. Die Auskunft in Heft 17 S. 415 Ziff. 4, die Sie anscheinend im Auge haben, halten wir mit dem vorerwähnten selbstverständlichen Vorbehalt aufrecht, und Sie selbst erkennen ja als richtig an, daß das Versicherungsamt die erforderlichen Ermittlungen anstellen mußte, wenn wenigstens soviel feststand, daß die Personen, deren Anmeldung unterlassen worden sein soll, wirklich beschäftigt wurden. Es ist zuzugeben, daß insoweit die Kasse mindestens einen hinreichenden Anhalt haben muß, ehe sie Anzeige wegen Verletzung der Meldepflicht erstattet, und daß der Beamte, der dies fahrlässig außer acht läßt, seine Pflicht verletzt und unter Umständen sich der Behörde und dem Arbeitgeber gegenüber verantwortlich machen kann.

Voraussetzungen der Versicherungsfreiheit nach § 169 RVO.

2. **Nach Breslau. Antwort:** Die Versicherungsfreiheit aus § 169 RVO. hat zwei verschiedenartige Voraussetzungen, die wahlweise nebeneinander bestehen. Die erste ist, daß der Beschäftigte gegen den Arbeitgeber einen Anspruch auf Kran-

Digitized by Google

krankenhilfe, nicht auch auf Wochenhilfe und Sterbegeld, im Maße der Regelleistungen hat. Daß es sich dabei in der Tat nur um Leistungen im Krankheitsfalle handelt, ergibt sich auch aus dem preuß. Min.Erl. v. 27. Dezember 1913 und dem Staatsministerialbeschl. v. 16. dess. Mon., worin zur näheren Bestimmung der zu gewährenden Leistungen auf die §§ 179, 182, 183, 214 RVO. (nicht auch §§ 195, 201 ff!) verwiesen ist. Die andere Möglichkeit der Befreiung nach § 169 ist die, daß dem Beschäftigten im Krankheitsfalle der Fortbezug von Gehalt usw. mindestens im anderthalbfachen Betrage „des Krankengeldes", d. h. des gesetzlichen Krankengeldes ohne Rücksicht auf die bei der Krankenkasse etwa satzungsmäßig geltende Höherbemessung gewährleistet ist, daß ergibt sich daraus, daß das Gesetz hier nur den § 182, nicht auch den § 191 anzieht. Daß der Beschäftigte bezw. seine Hinterbliebenen auch einen Anspruch auf Sterbegeld haben müßten, ist weder in der einen noch in der anderen Voraussetzung der Versicherungsfreiheit enthalten.

Formale Mitgliedschaft der Unständigen und Hausgewerbtreibenden nach §§ 442, 468 RVO.

3. **Nach Stolberg i. Rhl.** Antwort: Daß die Mitgliedschaft nach § 442 (468) RVO. mit der Eintragung beginnt, bedeutet nur, daß sie nicht gemäß § 306 schon mit der versicherungspflichtigen Beschäftigung beginnt. Sie wird also, trotz der Eintragung, nicht begründet, wenn es an der materiellen Voraussetzung fehlt, mithin auch dann nicht, wenn es sich nur um Dienstleistungen handelt, die nach § 168 und der Bekanntm. v. 17. Nov. 1913 (Arb.Vers. 30 S. 848) versicherungsfrei sind (vgl. Hahn, Handb. der Kr.Vers. Anm. 3 zu § 442 und Anm. 2 zu § 447). Ist hiernach die Eintragung zu Unrecht erfolgt, so muß, obwohl dieser Fall im § 447 nicht besonders erwähnt ist, von Amtswegen die Löschung erfolgen. Denn das Verzeichnis soll bestimmungsgemäß die Mitglieder nachweisen, darf also nicht solche Personen enthalten, die nicht Mitglieder sind.

Beschäftigungsort (§§ 153, 154 RVO.).

4. **Nach Br.** Frage: Die Angestellten einer Firma, die in Berlin ihren Sitz hat, fahren ständig von hier, dem Heimatshafen der Schiffe, als Telegraphisten ab. Diese Personen sind zurzeit am Sitz der Firma versichert, obgleich sie zum größten Teil hier ihre eigene Wohnung haben und dann während der Krankheit am Lande auf unsere Kasse angewiesen sind, indem sie meistenteils nach hier überwiesen werden. Da der Grundgedanke des Gesetzes ist, die Verpflegung des Versicherten möglichst nahe an die Stelle zu rücken, wo der Gesunde seine Kräfte eingesetzt hat, so sind wir der Auffassung, daß der Heimatshafen nach § 153 Abs. 3 und 4 RVO. der Beschäftigungsort ist und demnach die hiesige Kasse zuständig ist. Zu berücksichtigen ist hierbei noch, daß die Firma hier eine ständige Station unterhält, bei der eine kleinere Zahl von Angestellten ständig beschäftigt sind, die bisher auch in Berlin versichert waren, aber jetzt hier gemeldet sind. Für die letzteren bestehen keine Zweifel, daß sie zu Unrecht der Kasse des Sitzes der Firma angehört haben.

Antwort: Wir können Ihre Auffassung nicht teilen. Die Wohnung des Versicherten kommt als solche für die Frage der ärztlichen Kassenzugehörigkeit überhaupt nicht in Betracht. Sie kann als Beschäftigungsort nur dann gelten, wenn der Wohnort dem Versicherten von dem Arbeitgeber angewiesen ist, damit er gewisse Arbeiten dort verrichte oder sich wenigstens dort zum Empfange von Anweisungen des Arbeitgebers usw. bereit halte. Nur in solchen Fällen wird man sagen können, daß die Wohnung zugleich eine feste Arbeitsstätte sei (Hahn Anm. 3 b und 4 zu § 153). Daß dies bei der ersterwähnten Gruppe von Personen zutreffe, können wir aus ihren Angaben nicht entnehmen. Wir halten daher den § 154 für zutreffend.

Wie sind Schreiben für die Kasse zu zeichnen?

5. **Nach Z.** Antwort: Der schriftliche Verkehr mit Behörden und Privatpersonen gehört zur Vertretung der Kasse nach außen. Diese ist Sache des Vorstandes (§ 5 Abs. 1 RVO.) Für ihn wird regelmäßig der Vorsitzende oder sein Stellvertreter zu zeichnen haben, etwa so: „Der Vorstand, N. N. Vorsitzender". Der Vorsitzende kann aber durch die Satzung direkt zur Vertretung ermächtigt sein (§ 5 Abs. 3); dann zeichnet er: Der Vorsitzende des Vorstandes N. N.". In gewissen Grenzen können auch Angestellte, insbesondere Geschäftsführer zur Vertretung des Vorstandes allgemein oder in einzelnen Fällen ermächtigt werden (zu vgl. Hahn, Handb. der Kr.Vers. S. 9, Anm. 7 zu § 5); dann wird nichts entgegenstehen, daß sie in diesem ihrem Geschäftskreise auch Schreiben zeichnen, aber sie müssen hierbei das Auftragsverhältnis erkennbar machen, etwa so: „Im Auftrage des Vorstandes (oder des Vorsitzenden) N. N., Geschäftsführer".

Dauer der Krankenhilfe.

6. **Nach Bremen.** Antwort: Wir finden keinen Anlaß, die Entscheidungen abzudrucken, weil das, was sie aussprechen und begründen, nach dem Gesetze ganz zweifelsfrei ist. Wenn vor Ablauf der 26 Wochen vom Beginn der Krankheit Arbeitsunfähigkeit hinzutritt, so beginnt mit dem Bezuge von Krankengeld eine völlig neue Frist von 26 Wochen für die gesamten Leistungen an Krankenhilfe. Das ergibt sich klar aus § 183 Abs. 1 Satz 2 RVO. Es kommt also nicht darauf an, ob bei Ablauf der 26 Wochen vom Beginn der Krankheit die Arbeitsunfähigkeit und der Bezug von Krankengeld wieder weggefallen war; vielmehr ist in solchem Falle noch die Krankenpflege bis zum Ablauf der 26 Wochen vom Beginn des Krankengeldbezugs weiter zu gewähren, und wenn in dieser Frist abermals Arbeitsunfähigkeit eintritt, so ist auch Krankengeld wieder zu gewähren. Nur wenn auf Grund der Vorschriften des Abs. 1 der Krankengeldbezug über die 26. Woche vom Beginn der Krankheit hinausreicht, endet nach Abs. 2 bei Wegfall der Arbeitsunfähigkeit mit dem Krankengeldbezug auch der Anspruch auf Krankenpflege, auch wenn die 26 Wochen vom Beginn des Krankengeldbezuges noch nicht erfüllt sind.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Dippe; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe; Geh. Regierungsrat Professor Dr. Laß, Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Rat Dr. Olshausen; Geheimrat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1071 der ganzen Folge

31. Jahrgang | **21. Juli 1914** | **Heft 21**

Zur Krankenversicherung der Dienstboten.

Von Wirklichem Geheimen Ober-Regierungsrat Dr. **Hoffmann** in **Berlin**.

Nach der RVO. ist es im Gegensatze zum KVG. § 3a nicht möglich, ganz allgemein Personen, welchen gegen ihren Arbeitgeber für den Fall der Erkrankung ein Rechtsanspruch auf eine den Mindestleistungen der Krankenversicherung entsprechende Krankenfürsorge zusteht, von der Versicherungspflicht zu befreien. Von den in RVO. § 165 Abs. 1 Nr. 1 bezeichneten Personen (Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge, Dienstboten) können, abgesehen von den teilweise Arbeitsfähigen (§ 173), nur Lehrlinge, die bei ihren Eltern im Betriebe tätig sind, (§ 174 Nr. 1) Arbeiterkolonisten (§ 174 Nr. 2), landwirtschaftliche Arbeiter (§§ 418, 419) und Dienstboten (§ 435) befreit werden.

Beim Inkrafttreten der Krankenversicherung der Dienstboten ist das Bestreben, von der Befreiungsbefugnis Gebrauch zu machen, in weitestem Umfange hervorgetreten. Manche Krankenkassen und zwar sowohl die Allgemeinen Ortskrankenkassen als auch die Landkrankenkassen haben diesen Anträgen allerhand Schwierigkeiten gemacht und Anforderungen gestellt, die im Gesetz keine Unterlage hatten. Unter anderem wurde auch verlangt, daß der Arbeitgeber seinen Dienstboten die gleichen Unterstützungen zusichere, wie sie die zuständige Krankenkasse gewähre oder wenn dies nicht beliebt werde, bestimmte Leistungen zusichere, damit die Gleichwertigkeit der Leistungen von dem Kassenvorstande nachgeprüft werden könne. In dem Erlasse vom 4. Februar d. J. (Min.Bl. d. Handels- und Gewerbe-Verwaltung S. 56, Arb.Vers. 1914 S. 186) hat bekanntlich der Handelsminister darauf hingewiesen, daß es des Nachweises, welche einzelne Leistungen der Antragsteller übernommen hat, im allgemeinen nicht bedürfe, es vielmehr ausreichend erscheine, daß er sich zu einer, den Leistungen der zuständigen Krankenkasse gleichwertigen Unterstützung verpflichtet habe. Denn soweit der Arbeitgeber eintretendenfalls nicht eine gleichwertige Unterstützung gebe, habe die Kasse nach RVO. § 422 die satzungsmäßigen Leistungen zu gewähren und könne alsdann vom Dienstberechtigten die Erstattung des von ihr Geleisteten beanspruchen. Bei diesen Meinungsverschiedenheiten ist die Frage noch nicht erörtert worden, zu welchen Leistungen die Dienstherrschaft den Dienstboten gegenüber nach der RVO. eigentlich verpflichtet ist. Nach RVO. § 418, der nach § 435 auch für Dienstboten gilt, wird auf Antrag des Arbeitgebers von der Versicherungspflicht befreit, wer an diesen „bei Erkrankung" Rechtsanspruch auf eine Unterstützung hat, die den Leistungen der zuständigen Krankenkasse gleichwertig ist. Der Ausdruck „Erkrankung" ist gleichbedeutend mit „Eintritt einer Krankheit". Unter der Krankheit wiederum ist nach der herrschenden Ansicht ein anormaler körperlicher oder geistiger Zustand

Digitized by Google

zu verstehen, dessen Eintritt lediglich die Notwendigkeit der Heilbehandlung des Menschen oder zugleich oder sogar ausschließlich eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Während die Krankenkassen also nicht nur in Krankheitsfällen, sondern auch bei normal verlaufenden Entbindungen die Wöchnerinnenunterstützung und bei Todesfällen das Sterbegeld zu gewähren haben, braucht der Dienstberechtigte nur eine Krankenunterstützung zu gewähren, die mit derjenigen der zuständigen Krankenkasse gleichwertig ist. Von der Zahlung der Wöchnerinnenunterstützung und des Sterbegeldes, die beide auf anderen Leistungsgründen als Krankheit beruhen, kann nicht die Rede sein[1]). Hier wird der Armenverband nötigenfalls einzutreten haben. Die Kasse ist zur Gewährung der Wöchnerinnenunterstützung oder des Sterbegeldes nicht verpflichtet, denn die Vorschrift der RVO. § 422, wonach die Kasse auf Antrag des Befreiten die satzungsmäßigen Leistungen zu gewähren hat, soweit der Arbeitgeber die Unterstützung nicht leistet, kann nur Anwendung finden, wenn eine Verpflichtung des Arbeitgebers zur Gewährung der in Rede stehenden Unterstützungen vorliegt.

Allerdings soll nicht verkannt werden, daß bei Abfassung der RVO. die Absicht bestanden hat, den Dienstberechtigten weiter zu verpflichten, denn es ist in der Reichstagskommission von einem Regierungsvertreter gleichsam als selbstverständlich hingestellt worden, daß der Arbeitgeber, der landwirtschaftliche Arbeiter oder Dienstboten befreien lassen will, zu allen Leistungen verpflichtet sei, welche die Kasse bei der Versicherung zu übernehmen habe. Dies geschah bei Beratung des § 419 des Gesetzes, der vom Reichstag als § 447a in den Entwurf eingefügt worden ist und dessen Absatz 2 lautet:

„Für die Befreiten gilt § 313 sinngemäß so, als ob sie bis zum Ablauf der Befreiung Mitglieder der Kasse gewesen wären; ebenso gelten entsprechend die §§ 195 bis 200, 224."

[1]) Ebenso Arb.-Vers. 1914 S. 356.

Es fragt sich daher, ob aus dem Wortlaute dieser Vorschrift in Verbindung mit den Ausführungen des Regierungsvertreters gefolgert werden muß, daß der Arbeitgeber während der Befreiung alle Leistungen der Krankenversicherung übernehmen muß. Dies ist aber unbedingt zu verneinen. Im § 419 Abs. 2 war zunächst nur von dem Rechte der Weiterversicherung des Befreiten die Rede, denn in der ursprünglich beantragten Fassung fehlte der zweite Halbsatz. Dieser ist erst in der Ausgleichslesung zugefügt, nachdem bei Beratung sowohl des § 419 als auch des § 435 auf die Nachteile, die dem Befreiten bei Wiederzugehörigkeit zu einer Krankenkasse nach Ablauf der Befreiung erwachsen könnten, aufmerksam gemacht worden war. Nach dem Kommissionsbericht (2. Teil S. 411) führte zu § 435 ein Kommissionsmitglied folgendes aus:

„Schon bei Beratung des § 447 (§ 418 d. G.) habe man auf die Unzuträglichkeiten hingewiesen, die er für die Krankenkassen bei freiwilliger Fortsetzung der Versicherung nach Lösung des Arbeitsverhältnisses mit sich bringe. Diese Unzuträglichkeiten seien bei den Dienstboten, namentlich den städtischen, besonders groß. Die weiblichen unverheirateten Dienstboten seien ein sehr gutes Risiko; nach der Verheiratung, mit welcher das Arbeitsverhältnis in den weitaus meisten Fällen gelöst werde, würden sie in freiwilliger Versicherung als schlechtes Risiko durch die Wochenhilfe die Kassen besonders belasten. Es werde bei dieser Gelegenheit angefragt, wie es in solchen Fällen mit dem Ersatzanspruch der Kasse nach § 211[2]) stehe; ob auch der Arbeitgeber, der die Befreiung beantragt habe, anteilig ersatzpflichtig sei."

Hierauf erklärte ein Regierungsvertreter:

Die von dem Vorredner gestellte Frage wird bejaht. Die Befreiung setze voraus, daß der Arbeitgeber allgemein die sämtlichen Leistungen übernehme, welche

[2]) Der § 211 des Entwurfs, jetzt § 197 des Gesetzes hat folgenden Wortlaut: „Ist die Wöchnerin während des letzten Jahres bei mehreren Krankenkassen, knappschaftlichen Krankenkassen oder Ersatzkassen versichert gewesen, so haben die anderen der leistungspflichtigen Kasse für die Leistungen aus den §§ 195, 196 auf Verlangen den Betrag des Wochengeldes nach Verhältnis der Mitgliedzeit zu erstatten."

Digitized by Google

im Falle der Versicherung die Kasse zu tragen hätte. Zu diesen Leistungen gehöre zweifellos auch der Ersatz der Kosten der Wochenhilfe im Rahmen des § 211. Wenn es für notwendig gehalten werde, könne man im § 447a (§ 419 des Ges.) den § 211 ausdrücklich als entsprechend anwendbar erklären."

Bei der Beratung des § 419 wurde von einem Regierungsvertreter noch folgendes ausgeführt (Komm. Ber. 2. Teil S. 391):

„Man habe Auskunft darüber gewünscht, wie ein Befreiter nach Uebertritt zu einer Krankenkasse hinsichtlich der Leistungen gestellt sei, deren Bezug an eine längere Zugehörigkeit zu einer gesetzlichen Krankenkasse geknüpft sei. Der Redner habe die §§ 210, 215, 221 (§§ 195, 202, 208 d. G.) erwähnt. Hierauf sei zu erwidern, daß § 447a Abs. 2 (§ 419 d. G.) so gemeint sei, daß die Tätigkeit bei einem Arbeitgeber im Sinne des § 447 (§ 418 d. G.) in allen Beziehungen der Zugehörigkeit zu einer gesetzlichen Krankenkasse gleichstehen solle, daß also auch im Falle vorhergehender Befreiung alle Kassenleistungen ebenso gewährt werden müßten, als wenn der Befreite während dieser Zeit einer gesetzlichen Krankenkasse angehört hätte. Falls es für notwendig gehalten werde, bestehe kein Bedenken, den § 447a Abs. 2 (§ 419 Abs. 2 d. G.) in dieser Richtung noch deutlicher zu fassen und etwa außer dem § 326 (§ 313 d. G.) auch die übrigen in Betracht kommenden Vorschriften anzuführen."

Diese Ergänzung wurde in der Ausgleichslesung angenommen. Der Kommissionsbericht (2. Teil S. 313) verzeichnet darüber folgendes:

„Bei Beratung des § 463 d. E. (§ 435 d. G.) in der Ausgleichslesung wurde darauf aufmerksam gemacht, daß der Befreite nach Aufhören der Befreiung in gewissen Beziehungen noch schlechter gestellt bleibe, als wenn er vorher Kassenmitglied gewesen wäre. Deshalb wurde beschlossen, am Schlusse des Abs. 2 statt des Punktes ein Semikolon zu setzen und dann fortzufahren: „ebenso gelten entsprechend §§ 210 bis 213, 234 (§§ 195 bis 200, 224 d. G."[3]).

Aus diesen Vorgängen ergibt sich nur, daß durch die Ergänzung des § 419 Abs. 2 lediglich das Verhältnis der Krankenkassen zu dem Arbeitgeber, der die landwirtschaftlichen Arbeiter oder Dienstboten befreit hatte, geregelt und der Versicherte dagegen geschützt werden soll, daß er auf Leistungen, die nur bei längerer Versicherung gewährt werden, infolge der Befreiung keinen Anspruch habe. Die Leistungspflicht des Arbeitgebers über die Fälle der Erkrankung hinaus, hat nicht erweitert werden sollen. Im Hinblick auf die Erklärung des Regierungsvertreters konnte eine solche Erweiterung für überflüssig gehalten werden, ganz abgesehen davon, daß für die Regelung der Leistungspflicht des Arbeitgebers der § 418 der gegebene Platz gewesen wäre. Die Erklärung des Regierungsvertreters reicht aber nicht aus, da

[3]) Die angezogenen §§ 195, 196, 198 bis 200 lauten:

§ 195. Wöchnerinnen, die im letzten Jahre vor der Niederkunft mindestens sechs Monate hindurch auf Grund der Reichsversicherung oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse gegen Krankheit versichert gewesen sind, erhalten ein Wochengeld in Höhe des Krankengeldes für acht Wochen, von denen mindestens sechs in die Zeit nach der Niederkunft fallen müssen.

Für Mitglieder der Landkrankenkassen, die nicht der Gewerbeordnung unterstehen, bestimmt die Satzung die Dauer des Wochengeldbezuges auf mindestens vier und höchstens acht Wochen.

Neben Wochengeld wird Krankengeld nicht gewährt; die Wochen nach der Niederkunft müssen zusammenhängen.

§ 196. Mit Zustimmung der Wöchnerin kann die Kasse

1. an Stelle des Wochengeldes Kur und Verpflegung in einem Wöchnerinnenheim gewähren,
2. Hilfe und Wartung durch Hauspflegerinnen gewähren und dafür bis zur Hälfte des Wochengeldes abziehen.

Im Falle der Nr. 1 gilt § 186 entsprechend.

§ 198. Die Satzung kann versicherungspflichtigen Ehefrauen oder allen weiblichen Versicherungspflichtigen unter der Voraussetzung des § 195 Abs. 1 Hebammendienste und ärztliche Geburtshilfe, die bei der Niederkunft erforderlich werden, zubilligen.

§ 199. Die Satzung kann Schwangeren, die der Kasse mindestens sechs Monate angehören,

1. wenn sie infolge der Schwangerschaft arbeitsunfähig werden, ein Schwangerengeld in Höhe des Krankengeldes bis zur Gesamtdauer von sechs Wochen zubilligen,
2. auf die Dauer dieser Leistung die Zeit der Gewährung des Wochengeldes vor der Niederkunft anrechnen,
3. Hebammendienste und ärztliche Behandlung, die bei Schwangerschaftsbeschwerden erforderlich werden, zubilligen.

§ 199. Die Satzung kann Wöchnerinnen der im § 195 Abs. 1 bezeichneten Art, solange sie ihre Neugeborenen stillen, ein Stillgeld bis zur Höhe des halben Krankengeldes und bis zum Ablauf der zwölften Woche nach der Niederkunft zubilligen.

Digitized by Google

sie im Gesetz selbst keinen ausreichenden Ausdruck gefunden hat. Gerade auch der Anfang des zweiten Halbsatzes mit den Worten: „ebenso gelten entsprechend" läßt deutlich erkennen, daß die §§ 195 bis 200, 224 zu dem gleichen Zwecke wie § 313 angezogen sind, inbezug auf die Versicherung nach Fortfall der Befreiung.

Uebrigens ist es nicht das erste Mal, daß bei der Durchführung der Krankenversicherung durch den Gebrauch des Wortes „Erkrankung" an Stelle des zutreffenden Wortes „Versicherungsfall" oder „Unterstützungsfall" Schwierigkeiten und Unzuträglichkeiten entstanden sind. Der § 50 KVG., der von der Regreßpflicht des Arbeitgebers bei unterlassener Anmeldung handelt, lautete im Gesetz betr. die Krankenversicherung der Arbeiter vom 15. Juni 1883 wie folgt:

„Arbeitgeber, welche ihrer Anmeldepflicht nicht genügen, sind verpflichtet, alle Aufwendungen zu erstatten, welche die Gemeindekrankenversicherung oder eine Ortskrankenkasse auf Grund gesetzlicher oder statutarischer Vorschrift zur Unterstützung einer vor der Anmeldung erkrankten Person gemacht haben."

Durch die Novelle vom 10. April 1892 hat der § 50 folgende Fassung erhalten:

„Arbeitgeber, welche der ihnen nach § 49 obliegenden Anmeldepflicht vorsätzlich oder fahrlässiger Weise nicht genügen, haben alle Aufwendungen, welche eine Gemeindekrankenversicherung oder eine Ortskrankenkasse auf Grund gesetzlicher oder statutarischer Vorschrift in einem vor der Anmeldung durch die nicht angemeldete Person veranlaßten Unterstützungsfalle gemacht hat, zu erstatten."

Nach der Begründung (S. 61) ist diese Aenderung vorgenommen, um außer Zweifel zu stellen, daß sich die Ersatzpflicht auch auf das Sterbegeld erstreckt, das eine Ortskrankenkasse an die Hinterbliebenen eines nicht rechtzeitig angemeldeten Versicherungspflichtigen zu zahlen gehabt hat. Wie v. Woetke in seinem Kommentar zum KVG. (s. Anm. 6 zu § 50) zutreffend hinzufügt, hatte die Aenderung auch für die Gewährung der Wöchnerinnenunterstützung Bedeutung. Der § 418 ist dem § 136 des Gesetzes betr. die Unfall- und Krankenversicherung der in land- und forstwirtschaftlichen Betrieben beschäftigten Personen vom 5. Mai 1886 (RGBl. S. 132). Wenn bei Durchführung dieser Vorschrift Zweifel und Unzuträglichkeiten nicht entstanden sind, so hat das seinen Grund darin, daß der Arbeitgeber nach dem Wortlaut des Paragraphen dem erkrankten Arbeiter nur Krankenpflege (Arzt, Arznei und Heilmittel) zusichern muß, um die Befreiung des Arbeiters zu erzielen. Das hing mit dem Begriff der gesetzlichen Mindestleistungen des KVG. zusammen, zu deren Gewährung die Gemeindekrankenversicherung nur verpflichtet war.

Zu beachten ist übrigens, daß der Arbeitgeber, wenn die Kasse Familienunterstützung gewährt, eine gleichwertige Unterstützung zusichern muß, da bei der Familenunterstützung nach wie vor der Versicherte selbst der Fortbezugsberechtigte ist, also so zu behandeln ist, als wenn er selbst erkrankt wäre. Diese weitergehende Bedeutung wird dem Worte „Erkrankung" nicht abgesprochen werden können. Wöchnerinnenunterstützung und Sterbegeld für Familienangehörige kommt aber hier nicht in Betracht.

Die Frage, ob der Arbeitgeber neben der Krankenhilfe noch weitere Unterstützungen zusichern oder gewähren muß, ist von den Versicherungsbehörden nach § 422 RVO. im Spruchverfahren zu entscheiden. Die Kassen sind aber nicht berechtigt, gelegentlich der Befreiung von dem Arbeitgeber zu verlangen, daß er mehr als Krankenhilfe dem erkrankten beschäftigten Arbeiter oder Dienstboten zusichert, ehe durch eine korrekte Fassung des Gesetzes klar gestellt ist, daß außer der Krankenhilfe auch andere Leistungen zuzusichern sind. Das beste wäre es aber schon, wenn die Befreiungsmöglichkeit wenigstens für Dienstboten ganz in Fortfall käme, denn es ergeben sich aus ihr ohnehin Unzuträglichkeiten, die, nachdem eine angemessene Versicherung der Dienstboten auf ordnungsmäßigem Wege geschehen ist, keine Existenzberechtigung mehr haben.

Digitized by Google

Eigenbetriebe der Krankenkassen.

Von H. Marquardt, Rechtsanwalt am Kammergericht in Berlin

Vor einiger Zeit ging durch die Presse die Nachricht, daß die Ortskrankenkasse einer süddeutschen Großstadt die Fabrikation von vier Kräftigungsmitteln aufgenommen habe. Ferner ist von verschiedenen anderen Krankenkassen die Absicht geäußert worden, für die Herstellung einzelner Heilmittel eigene Betriebe einzurichten. Die beteiligte Industrie wird durch derartige Maßnahmen schwer gefährdet und hat dagegen bei den zuständigen Behörden Beschwerde erhoben. Nach einer von der „Apotheker-Zeitung" gebrachten Mitteilung hat auf eine Eingabe der Berliner Handelskammer der preußische Handelsminister erwidert, daß es „rechtlich nicht zulässig erscheine, durch die Satzung oder im Aufsichtswege den Krankenkassen die Selbstbeschaffung und Selbstherstellung der kleinen Heilmittel im großen und ihre Abgabe an die Mitglieder zu verbieten, zumal aus der Vorschrift des § 23 der RVO. gefolgert werden könne, daß die Kassen auf möglichst billigen Bezug der Heilmittel Bedacht zu nehmen haben." Als selbstverständlich ist zunächst festzustellen, daß die Herstellung und Abgabe von Heilmitteln durch die Krankenkassen sich auf die dem freien Verkehr überlassenen Mittel zu beschränken hat. Daß § 367 Ziff. 3 StrGB. sowie die Kaiserliche Verordnung vom 22. Oktober 1901 auch für die Organe von Krankenkassen Geltung hat, darüber kann kein Zweifel bestehen; in dieser Beziehung ist jetzt auch die Rechtsprechung ganz konsequent. Ob die den Krankenkassen durch die Novelle vom 19. April 1892 (zum Krankenversicherungsgesetz) unter § 6a Ziff. 6, § 26a Ziff. 2b gegebene Befugnis zu bestimmen, „daß die Lieferung der Arznei nur durch bestimmte Apotheken zu gewähren ist und die Bezahlung der durch die Inanspruchnahme anderer Apotheken entstandenen Kosten von dringenden Fällen abgesehen, abgelehnt werden kann," so auszulegen ist, daß der Bezug freier Arzneimittel: Brillen, Bruchbänder usw., ausschließlich auf eigene Verteilungsstellen der Kasse beschränkt werden darf, darüber hat lange Streit geherrscht. Der preußische Handelsminister und der badische Verwaltungsgerichtshof haben mit den Kommentatoren des Krankenversicherungsgesetzes Hahn und Hoffmann die Zulässigkeit der ausschließlichen Verweisung auf Abgabestellen der Kasse verneint. Erst infolge der abweichenden Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts (Bd. 53 S, 376) hat der preußische Handelsminister seinen diesbezüglichen Erlaß aufgehoben. Das sächsische Ministerium des Innern hat von vornherein auf dem Standpunkt des preußischen Oberverwaltungsgerichts gestanden. Bezeichnend ist aber, daß es die Lage der Gesetzgebung schon mit Rücksicht auf die Apotheker für unerwünscht gehalten und die Aufsichtsbehörden angewiesen hat, die Kassen bei jeder sich bietenden Gelegenheit darauf aufmerksam zu machen, daß ihnen die erforderlichen Kenntnisse abgehen, um die gekauften Waren ordnungsmäßig zu prüfen, zweckmäßig aufzubewahren und sie rechtzeitig von der Verwendung auszuschließen. Daß unter der Reichsversicherungsordnung vom 19. Juli 1911 die Krankenkassen das Recht haben, dem freien Verkehr überlassene Arzneien und andere Heilmittel im großen zu beziehen und ihre Mitglieder für den Bezug auf eigene Verteilungsstellen zu beschränken, ist bisher niemals in Zweifel gezogen worden, vorausgesetzt, daß die Kasse genügend viele Abgabestellen einrichtet, um den Mitgliedern gegenüber ihre Lieferungsverpflichtung in angemessener Weise zu erfüllen. Bei den Verhandlungen über den Gesetzentwurf ist es von einem Regierungsvertreter ausdrücklich anerkannt worden.

Lassen wir die Frage zunächst einmal dahingestellt. Denn mit der Zulässigkeit von Selbsteinkauf und Selbstverteilung ist noch nicht entschieden, daß auch Selbstherstellung gestattet

Digitized by Google

ist. Zur Entscheidung dieser Frage muß das Gesetz selbst auf Anhaltspunkte geprüft werden. § 25 Abs. 1 und 3 der RVO. bestimmen, daß „die Mittel der Versicherungsträger nur für die gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Zwecke verwendet werden, und daß die Versicherungsträger nur die Geschäfte übernehmen dürfen, die ihnen das Gesetz überträgt." § 26 bestimmt, daß das Vermögen der Kassen wie Mündelgeld angelegt werden muß, soweit das Gesetz nichts anderes zuläßt. Daß durch diese Bestimmungen die freie Verwaltungsbefugnis der Kassenorgane eingeschränkt wird, kann nicht wohl in Frage gestellt werden. Zweifelhaft kann aber sein, ob ein Geschäft oder eine Ausgabe „nach vernünftigen Verwaltungsgrundsätzen als den gesetzlichen Zwecken dienend, anzuerkennen ist", wonach auch die Kommentare von Hahn zu § 363 und Hannow-Hoffmann zu § 25 die zulässigen Verwaltungsmaßnahmen charakterisieren. Nur sofern ihnen dieser Charakter innewohnt, kann also der Betrieb gewerblicher Unternehmungen durch Krankenkassen zulässig und in der Satzung zugelassen sein. Es hat das Oberversicherungsamt gemäß § 324 die Zweckmäßigkeit statutarischer Bestimmungen nicht nachzuprüfen; sondern es darf die Genehmigung nur versagen, soweit Bestimmungen den gesetzlichen Vorschriften zuwiderlaufen oder nicht im Zweck der Kasse liegen (§ 323). Es kann deshalb eine den Betrieb eigener Fabrikation anordnende oder zulassende Statutenbestimmung nicht nach Lage des einzelnen Falles genehmigt oder beanstandet werden, sondern sie ist entweder allgemein gesetzlich zulässig, oder nicht. Daher muß die Frage entschieden werden, ob die insbesondere durch die oben angeführten Bestimmungen der §§ 25 und 26 RVO. normierten Beschränkungen in der Verwaltung nach eigenem freien Ermessen den Organen der Krankenkassen und ihren Satzungen die Möglichkeit lassen, eigene Fabrikationsunternehmungen einzurichten.

Der preußische Handelsminister hat die Frage bejaht, indem er anscheinend angenommen hat, daß die Kassen zu allen nach pflichtmäßigem Ermessen ihres Vorstands zweckmäßig erscheinenden Verwaltungsmaßnahmen berechtigt und sogar verpflichtet sind. Darüber besagt aber der von ihm angeführte § 23 garnichts, sondern der Paragraph regelt nur die Frage der Schadensersatzpflicht der Verwaltungsorgane aus dem Dienst- oder Auftragsverhältnis. Wenn man aus § 23 überhaupt etwas für unsere Frage folgern will, so müßte vielmehr zweifellos sein, daß zur „getreuen Geschäftsverwaltung nach Art des Vormunds" die Begründung neuer Erwerbsgeschäfte nicht gehört. Denn dazu bedarf der Vormund nach § 1823, und sogar der Vater für sein minderjähriges Kind gemäß § 1643 BGB. der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts. Die Vertretungsbefugnis der Kassenvorstände ist im § 5 RVO. geregelt worden, und zwar in der Weise, daß diese nicht dem Vorstand der juristischen oder quasijuristischen Personen des Handelsrechts und der meisten öffentlichrechtlichen Korporationen gleichgestellt worden sind, sondern daß Beschränkungen des Umfangs ihrer Vertretungsbefugnis, die sich aus dem Gesetz oder mit Zulassung des Gesetzes aus der Satzung ergeben, Dritten gegenüber für die Kasse unwirksam sind. Die im Gesetz mehrfach wiederholte Beschränkung der Geschäftsführung der Kassen auf die gesetzlich zugelassenen Zwecke (vgl. §§ 25, 323, 358) bedeutet eine gesetzliche Einschränkung der Verwaltungsbefugnis. So hat auch das Oberverwaltungsgericht (Entsch. Bd. 54 S. 412) ausgesprochen, daß die dem Vorstand durch § 346 übertragene Befugnis zur Vertretung der Kasse bei Grundstücksgeschäften nur soweit geht, als das abgeschlossene Geschäft sich im Rahmen der den Krankenkassen übertragenen Aufgaben hält; anderenfalls ist das Geschäft unwirksam.

Gehört es nun wirklich zu den Zwecken und den Geschäften der Krankenkassen, Medikamente, Brillen, Bruchbänder usw. zu fabrizieren? — Der mehrfach erwähnte Bescheid des Handelsministers gibt zu, „daß das auf Selbstbeschaffung der Heilmittel im Wege der eigenen Fabrikation oder des Bezugs

Digitized by Google

im großen gerichtete Vorgehen einzelner Kassen einige Schädigung der Händler mit diesen Heilmitteln herbeizuführen geeignet ist." Dabei ist unerwähnt geblieben, daß ein derartiges Verfahren auch für die Kassen selber nicht frei von Unzuträglichkeiten ist. Die mit dem Betriebe eines geschäftlichen Unternehmens, insbesondere eines Fabrikationsunternehmens unabänderlich verbundenen Schwankungen der wirtschaftlichen Rentabilität gefährden die Stetigkeit der Beitragshöhe, auf die das Gesetz ausweislich anderer Bestimmungen großen Wert legt; sie erschwert ferner die Liquidation im Fall der Auflösung oder Schließung einer Kasse. Vor allem vergrößert die Einrichtung einer Fabrikation mit der Ziffer der Jahresausgabe die Höhe der Rücklage (§ 364); es sollte aber gerade die Härte, die darin liegt, daß Beiträge erhoben werden, lediglich um eine Rücklage zu bilden, durch die Reichsversicherungsordnung gemildert werden. Gewiß, den Nachteilen können Vorteile gegenüberstehen, aber die Vorteile sind in jedem Fall nur durch ein Risiko zu erkaufen. Man könnte darauf hinweisen, daß das Gesetz die Befugnis, Krankenhäuser und Genesungsheime einzurichten und zu betreiben, anerkannt hat. Aber diese Unternehmungen sind wesentlich anderer Natur; ihr Betrieb wird im allgemeinen keine großen Schwankungen im Jahresbudget verursachen. Ferner sind Krankenhäuser und Genesungsheime verhältnismäßig wenig kostspielige und unbedingt erforderliche Einrichtungen, die immer verwendbar sind, während Fabriken und Fabrikationsmaschinen teuer und dazu durch industriell-kommerzielle Neuerungen, wie durch Entwicklung der ärztlichen Wissenschaft überholt und unwirtschaftlich werden können. Praktische Erwägungen dieser Art können allerdings nicht Gesetzeskraft beanspruchen. Es muß vielmehr dem Gesetz selber zu entnehmen sein, ob Einrichtung und Betrieb von Fabrikationsunternehmungen zu den den Krankenkassen zugewiesenen Aufgaben gehören. Schon die ausdrückliche Erwähnung von Krankenhäusern und Genesungsheimen spricht dagegen. Sicher ist, daß das Gesetz nicht daran gedacht hat; in dem zum Krankenversicherungsgesetz erlassenen Musterstatut (Zentralblatt für das Deutsche Reich 1884 S. 63 ff.) findet sich nicht die geringste Andeutung davon. Auch die Gesetzgeber der Reichsversicherungsordnung haben ausweislich der Entstehungsgeschichte dieses Gesetzes an Fabrikationsunternehmungen der Krankenkassen nicht gedacht. Aus dem Gesetz selber ergibt sich dafür der Beweis auf den ersten Blick. Bei wichtigen Entscheidungen ist die Genehmigung oder die Zustimmung des Oberversicherungsamts, zuweilen der obersten Verwaltungsbehörde vorgeschrieben, die dann nach pflichtmäßigem Ermessen über die Zweckmäßigkeit der betreffenden Maßnahme zu entscheiden haben. In anderen Fällen ist Zustimmung des beteiligten Gemeindeverbands erforderlich oder Mehrheitsbeschluß der Vertreter von Arbeitnehmern in gesonderter Abstimmung. Wieder für andere Entscheidungen, so gerade für die Errichtung von Krankenhäusern und Genesungsheimen, ist das Erfordernis der Zustimmung des Ausschusses zu den betreffenden Vorstandbeschlüssen angeordnet worden (§§ 346 und 407). Es kann wohl füglich nicht in Zweifel gestellt werden, daß für eine so weittragende und für die Rentabilität wie für die Höhe der Beiträge so einschneidende Maßnahme wie die Errichtung eines Fabrikationsunternehmens irgendeine Kontrolle oder Erschwerung des Vorstandsbeschlusses vorgeschrieben sein würde, wenn das Gesetz wirklich daran gedacht hätte, daß jemand den Betrieb einer Fabrikation als zur Erfüllung der durch das Gesetz den Krankenkassen zugewiesenen Zwecke und Geschäfte gehörig rechnen könnte. Vor allem aber haben die §§ 375 und 376 ausgesprochenermaßen die Bestimmung, die Interessen der Apotheker gegen Eingriffe der Kassen in ihre normalen Erwerbsverhältnisse zu schützen. Sowohl in der allgemeinen Begründung zur Reichsversicherungsordnung unter V f. wie in den Ausführungen eines Regierungsvertreters in der Reichstagskommission (Drucksachen des Reichstags 1910/11 Aktenstück Nr. 946) ist ausgesprochen worden,

Digitized by Google

daß im Interesse der Gesamtheit der Apotheken, denen durch die Konzession weitgehende Verpflichtungen in Bezug auf Bereithalten von Arzneimitteln auferlegt sind, eine Regelung unbedingt erforderlich sei, die verhindert, daß ihnen ein sehr erheblicher Teil der Abnehmer entzogen wird, auf die sie bei Uebernahme der Apothekenkonzession rechnen konnten. Darum ist den Apothekern das Recht eingeräumt worden (§ 375 Abs. 1, vgl. auch § 376 Abs. 3), allen Vereinbarungen beizutreten, die die Kasse wegen Lieferung ihrer Bedürfnisse an freien Heilmitteln usw. überhaupt abschließt, und es ist bestimmt worden, daß einem Apotheker, der beigetreten ist, die Bezahlung der von ihm an Mitglieder gelieferten Mittel nicht verweigert werden darf. Durch diese Bestimmungen sollte gewährleistet werden, daß die Kassen ihre Mitglieder auch an den Bezug freier Heilmittel aus den Apotheken ihres Wohnorts nicht hindern dürfen, sofern dadurch keine Verteuerung für die Kasse eintritt. Dieser Schutz ihres Gewerbebetriebs, der den Apotheken durch § 375 RVO. gesetzlich gewährleistet ist, würde vollständig illusorisch werden, wenn die Kassen die Apotheken durch das radikale Mittel der Selbstherstellung ausschalten dürften. Es ist zweifellos, daß eine Fabrikation, die das Handverkaufsgeschäft der Apotheker mit den Kassenangehörigen auch nur in bestimmten Artikeln unterbindet — die Konkurrenz in eigentlichen Arzneimitteln ist durch das StrGB. und die Kaiserl. Verordnung von 1901 ausgeschlossen —, mit dem vom Gesetz gewollten Zustand in Widerspruch steht, wonach alle in dem Bereich einer Krankenkasse ansässigen Apotheker das Recht haben sollen, trotz Lieferungsvereinbarungen, die die Kasse mit anderen Apothekern, Drogisten usw. abgeschlossen hat, allen Mitgliedern der Kasse Handverkaufsartikel liefern zu dürfen dadurch, daß sie sich den gewährten Vorzugspreisen anschließen. Eine Einrichtung, die den Apothekern diese Möglichkeit entzieht, verstößt daher gegen das Gesetz und überschreitet den Rahmen der den Kassen übertragenen und zulässigen Geschäfte. Deshalb sind die Aufsichtsbehörden verpflichtet, Warenherstellung durch eigene Fabrikationsbetriebe der Krankenkassen zu verhindern, insbesondere sie zulassende oder anordnende Statutenbestimmungen zu beanstanden.

Genau dasselbe hat aber auch für den Einkauf im großen und ausschließliche Verteilung in eigenen Ausgabestellen zu gelten. Die von einem Regierungsvertreter in der Reichstagskommission getane Bemerkung, daß die unter dem Gesetz von 1883 bestehenden Zweifel an der Zulässigkeit einer derartigen Regelung unter der Reichsversicherungsordnung nicht aufkommen können, ist unrichtig. Gerade unter dem alten Gesetz konnten sie nicht erhoben werden, wie das Oberverwaltungsgericht in der erwähnten Entscheidung unanfechtbar ausführt; schon deshalb nicht, weil das Gesetz das Verfahren zwecks Erfüllung ihrer Leistungspflichten den Kassen im allgemeinen überlassen hat, soweit es nicht selber besondere Bestimmungen traf, wie beispielsweise bezüglich der Zulässigkeit von Krankenhausverpflegung an Stelle ärztlicher Behandlung in der Wohnung des Berechtigten. Das alte Normalstatut für Ortskrankenkassen (§ 24) sah folgende Bestimmung vor: „Arzneien und sonstige Heilmittel werden den Mitgliedern auf Anordnung des Kassenarztes nach näherer vom Vorstand zu treffender Regelung verabfolgt". Das war durchaus einwandfrei, weil weder das Krankenversicherungsgesetz noch die späteren Ergänzungen dazu eine Bestimmung enthalten, die die Kassen zu irgendwelcher Rücksicht auf die in ihrem Bereich ansässigen Apotheker zwingt. Darin ist aber mit Bewußtsein und Absicht durch die Reichsversicherungsordnung eine Aenderung vorgenommen worden. Von der fakultativen Bestimmung des § 376 Abs. 3 ganz abgesehen, bestimmt § 375 Abs. 1 in vollkommen unzweideutiger Weise, daß die Kassen Bezahlung der von einem in ihrem Bereich ansässigen Apotheker bezogenen freien Heilmittel nicht verweigern dürfen, wenn dieser den von der Kasse mit Apothekern, Drogisten und anderen Lieferanten vereinbarten Vorzugsbedingungen

Digitized by Google

beigetreten ist. Und es ist darin weiter bestimmt, daß der Beitritt jedem Apotheker im Bereich der Kasse freistehen muß; das kann doch nur heißen, daß die Kasse Vereinbarungen mit Lieferanten nur in einer solchen Form schließen darf, daß den Apothekern der Beitritt auch tatsächlich möglich ist. So wenig wie durch eigene Fabrikation dürfen die Kassen durch unbedingte Monopolisierung des Heilmittelbezugs auf eigene Abgabestellen die den Apothekern durch das Gesetz gewährleisteten Rechte auf Belassung ihrer natürlichen Kundschaft illusorisch machen. Tun sie es, so verstoßen sie gegen das Gesetz, und dann haben die Aufsichtsbehörden die Pflicht, dagegen einzuschreiten.

Es wäre dringend erforderlich, daß die zuständige Zentralinstanz eine gründliche Prüfung der Frage anstellt und das Ergebnis in Gestalt einer Anweisung den Aufsichtsbehörden mitteilt.

Anmerkung der Schriftleitung: Wir haben diesen interessanten und sachlichen Ausführungen gern Raum gewährt, weil wir sie für erwägenswert halten, ohne ihnen jedoch zustimmen zu können. In kurzer Zusammenfassung sind unsere Bedenken folgende: Das Gesetz verpflichtet die Kassen, den Versicherten Heilmittel zu gewähren und zu diesem Behufe eine genügende Arzneiversorgung bereit zu stellen (§ 375 mit §§ 372, 373), aber es sagt nicht, daß dies durch Abschluß von Lieferungsverträgen geschehen müsse, wenngleich es dies wohl als die Regel ansieht. Nichts steht entgegen, daß die Kassen freigegebene Heilmittel im großen anschaffen und eigene Abgabestellen dafür einrichten oder daß die Kassen nur das Rohmaterial anschaffen und die Herstellung der Mittel in eigener Regie übernehmen. Das ist eine Frage der den Kassen zustehenden Selbstverwaltung — genau wie etwa die: ob die Kasse die nötigen Geschäftsräume mieten oder kaufen oder bauen will. Daß mit der Herstellung von Heilmitteln schlechthin ein größeres Risiko verbunden sein müsse, als z. B. mit der Anschaffung im großen oder sogar dem Abschluß von Lieferungsverträgen mit Apotheken, ist zu bestreiten, und ist überdies kein Grund gegen die gesetzliche Zulässigkeit der Herstellung. Auch eine mit größerem Risiko verknüpfte Maßnahme kann vernünftigen Verwaltungsgrundsätzen durchaus entsprechen. Daß das vernünftige Maß nicht zum Schaden der Kasse überschritten werde, dafür haften die Kassenorgane nach § 23 RVO.; deshalb ist der Hinweis des Ministers auf diese Vorschrift durchaus zutreffend. Aus den §§ 375, 376 kann für die streitige Frage nichts hergeleitet werden. Sie beziehen sich nur auf den Fall, wenn die Kasse Lieferungsverträge mit Apothekern oder anderen Personen abschließt; aber sie verkümmern der Kasse das Recht nicht, die Heilmittel auf andere Weise — durch Herstellung — zu beschaffen und bereit zu stellen, sofern dadurch nur eine (nach Menge und Güte) genügende Arzneiversorgung gesichert ist.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Wahlverfahren; Bedeutung von Verstößen.

Entsch. des Reichsversicherungsamts v. 20. Dezember 1913.

Der Sektionsvorstand hat seine Weigerung, einem Genossenschaftsmitgliede die Wählerliste in weiterem Umfang zur Einsicht vorzulegen, als sie seinen Betrieb betrifft, damit begründet, daß die Liste auch die Stimmenzahl der einzelnen Mitglieder enthalte, deren Kenntnis auf den einzelnen Betrieb Schlüsse zulasse, die für Fragen der Konkurrenz, Kreditfähigkeit usw. von großer Bedeutung sein können. Diese Weigerung des Sektionsvorstandes muß als berechtigt anerkannt werden. Denn nach der Vorschrift der Satzung hat jeder Unternehmer oder Vertreter eines Betriebs, in dem nicht mehr als 5 Versicherte beschäftigt werden, eine darüber hinaus bis zu 100 für je angefangene 5 und über 100 für je angefangene 10 mehr Versicherte eine weitere Stimme. Aus der Stimmenzahl der einzelnen Mitglieder läßt sich deshalb ziemlich genau auf die Zahl der in dem Betriebe beschäftigten Personen schließen. Eine solche Offenlegung der Betriebsverhältnisse würde vielen Mitgliedern der Berufsgenossenschaft unerwünscht sein. Die Berufsgenossenschaft hat sie daher mit Recht verweigert.

Dagegen war das von einem Beamten der Sektion gegenüber dem Beschwerdeführer ausgesprochene Verbot, den nur zur Einsicht ausliegenden, nicht aber anderweit veröffentlichten Wahlvorschlag des Vorstandes abzuschreiben, nicht gerechtfertigt. Dieses Verbot kann aber die Aufhebung der Wahl nicht begründen, weil es auf das Wahlergebnis keinerlei Einfluß ausgeübt hat (zu vgl. Entsch. des preuß. Oberverwaltungsgerichts 55 S. 372 sowie Entsch. des Württembergischen Verwaltungsgerichtshofs, Reger 29 S. 566, auch

Digitized by Google

Schulz, Die Wahl, insbesondere die Verhältniswahl, in der sozialen Versicherung S. 61). Denn der Beschwerdeführer hat sich trotz des Verbots bei Einsicht des Wahlvorschlags die Aufzeichnungen gemacht, die ihm für die Aufstellung eines weiteren Wahlvorschlags erforderlich erschienen.

Der von ihm und anderen eingereichte weitere Wahlvorschlag war mangelhaft. Er bestand aus zwei unverbundenen Bogen Papier. Auf dem einen Bogen waren die Namen der für die Wahl der Mitglieder des Sektionsvorstandes und der Vertreter zur Genossenschaftsversammlung vorgeschlagenen Bewerber verzeichnet. Auf dem anderen Bogen war vermerkt: „Die Unterzeichneten überreichen hiermit zur Wahl des Vorstandes und der Delegierten die Vorschlagslisten und benennen als Wahlvorschlagsvertreter Herrn J. K. und als Wahlvorschlagsstellvertreter Herrn A. K." Dem Vermerk folgten die Namensunterschriften von mehr als 30 Wahlberechtigten mit mindestens 75 Stimmen.

Nach Anordnung der Wahlordnung (zu vgl. § 7 Abs. 2 Satz 1 der Musterwahlordnung für berufsgenossenschaftliche Ehrenämter — Amtl. Nachr. des RVA. 1912 S. 844 ff.) müssen die weiteren Wahlvorschläge von mindestens je 30 Wahlberechtigten mit zusammen mindestens 75 Stimmen „unterzeichnet" sein. Dieser Anordnung aber genügt der eingereichte Wahlvorschlag nicht. Der Begriff der Unterzeichnung oder Unterschrift erfordert, daß die Namensunterschriften so auf der Liste stehen, daß sie ihren Inhalt, die Aufzählung der Bewerber räumlich decken (zu vgl. Reichsgerichtsentsch. in Zivils. 52 S. 277 und Staudinger, Komm. z. BGB. Anm. 3 zu § 126). Von Unterschriften kann man daher nicht sprechen, wenn, wie hier, die Namensschriften auf einem besonderen Blatte stehen. Es besteht hier kein ausreichender Anhalt dafür, daß alle Personen, die ihren Namen auf das Blatt gesetzt haben, auch von dem Inhalt der Liste Kenntnis genommen haben und ihn mit ihrer Person vertreten. Eine Nachprüfung nach dieser Richtung kann dem Wahlvorstande bei der Kürze der ihm für Prüfungen der Wahlvorschläge zur Verfügung stehenden Zeit nicht zugemutet werden.

Die Frage, ob der Mangel der Unterschrift unter dem eingereichten Wahlvorschlage zu den Mängeln zu zählen ist, deren Beseitigung nach der Wahlordnung (§ 9 der Musterwahlordnung) bis spätestens zwei Wochen vor dem Wahltage zulässig ist, kann dahingestellt bleiben, denn der Wahlvorstand hat am 28. April 1913 dem Beschwerdeführer als Vertreter des am 23. April eingegangenen Wahlvorschlags, also rechtzeitig, mitgeteilt, daß der Wahlvorschlag nicht entsprechend der Bestimmung der Wahlordnung von 30 Wahlberechtigten mit zusammen 75 Stimmen unterzeichnet sei. Die Setzung einer Frist für eine Beseitigung des Mangels war nicht erforderlich; denn sie ergab sich aus der Wahlordnung (§ 9 Abs. 1 der Musterwahlordnung). Bedenken könnten nur daraus hergeleitet werden, daß der Inhalt des Schreibens nicht ausdrücklich auf den Mangel der Deckung der Namen der vorgeschlagenen Bewerber durch die Namensschriften der Einreicher des weiteren Wahlvorschlags hinweist. Dieser Umstand ist aber ohne Einfluß auf den Ausgang des Wahlverfahrens geblieben, weil der Wahlvorschlagsvertreter, wie er selbst in der Beschwerdeschrift angibt, auf seine alsbaldige Anfrage nach dem Grunde der Beanstandung des Wahlvorschlags sofort darüber aufgeklärt worden ist, daß die Art der Beifügung der Namensschriften nicht als Unterzeichnung des Wahlvorschlags angesehen werden könne. Trotz dieser Anfechtung ist seitens der von dem Beschwerdeführer vertretenen Wählergruppe ein ordnungsgemäß unterschriebener Wahlvorschlag nicht innerhalb der in der Wahlordnung vorgesehenen Frist eingereicht worden, obwohl hierzu noch Zeit vorhanden gewesen wäre.

Rechtsmitteleinlegung ohne Vollmacht; Genehmigung.

Revisionsentsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 24. November 1913.

Für die Frage der Rechtswirksamkeit der Berufung kommt zunächst § 14 der Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Oberversicherungsämter vom 24. Dezember 1911 in Betracht. Hiernach muß bei Einlegung der Berufung durch einen Bevollmächtigten schriftliche Vollmacht erteilt werden. Eine auf den Superintendenten F. lautende schriftliche Vollmacht der Klägerin ist nicht beigebracht worden. Die Erklärung des Superintendenten F. vom 23. November 1912, daß ihn die Klägerin gebeten habe, ihre Sache bei dem Oberversicherungsamte zu vertreten, ersetzt die schriftliche Vollmacht nicht. Die Einlegung der Berufung durch den Superintendenten F. entbehrte also der Rechtswirksamkeit. Diese Rechtsunwirksamkeit war aber keine unheilbare. Sie konnte dadurch beseitigt werden, daß die Klägerin ausdrücklich oder stillschweigend das Verfahren genehmigte (zu vgl. Revisionsentsch. 1425, Amtl. Nachr. 1909 S. 522). Eine solche stillschweigende Genehmigung ergibt sich aus dem Verhalten der Klägerin in der Sitzung des Oberversicherungsamts vom 7. Dezember 1912, wo sie zur Sache gehört wurde und sich durch den Medizinalrat Dr. L. untersuchen ließ. Dies Verhalten kann nur dahin gedeutet werden, daß die Klägerin mit der Einlegung der Berufung einverstanden war. Daß das Erscheinen der Klägerin

Digitized by Google

in dem Termin angeordnet war, ändert nichts an dieser Beurteilung, denn die Klägerin konnte trotz der gedachten Anordnung eine Teilnahme an dem Verfahren ablehnen, wenn sie mit der Einlegung der Berufung nicht einverstanden war. Ohne Bedeutung ist es, wie das Reichsversicherungsamt schon wiederholt zum Ausdruck gebracht hat, daß die Genehmigungserklärung der Klägerin nicht innerhalb der Berufungsfrist erfolgte (zu vgl. Rekursentsch. 1362, Amtl. Nachr. des RVA. 1894 S. 330 und Handb. der Unfallvers. 3. Aufl. II S. 596 Anm. 9 zu § 10 der Kaiserl. Verordnung, betreffend das Verfahren vor den Schiedsgerichten für Arbeiterversicherung vom 22. November 1900).

Die Einlegung der Berufung ist mithin infolge der Genehmigung der Klägerin rechtswirksam geworden.

B. Zur Krankenversicherung.

Die Beschwerde gegen die Entscheidung über einen Befreiungsantrag aus § 418 RVO. geht zunächst an das Versicherungsamt.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 18. April 1914.

Nach der Reichsversicherungsordnung können unter gewissen Voraussetzungen bestimmte Personen von der Krankenversicherungspflicht befreit werden. Das gilt nach §§ 173, 174 für Personen, die auf die Dauer nur zu einem geringen Teile arbeitsfähig sind, für Lehrlinge, die bei ihren Eltern arbeiten, und für Arbeitslose, die in Arbeiterkolonien oder ähnlichen Wohltätigkeitsanstalten vorübergehend beschäftigt werden. In diesen Fällen entscheidet über den Befreiungsantrag nach § 175 der Kassenvorstand; gegen seine Entscheidung ist Beschwerde an das Versicherungsamt zulässig, das endgültig entscheidet. Eine Befreiung ist unter bestimmten Voraussetzungen auch bei landwirtschaftlich Beschäftigten und Dienstboten zulässig (§§ 418, 419, 435). Für das Verfahren gelten hier nach § 418 Abs. 3 die Vorschriften des erwähnten § 175 mit der Maßgabe, daß „statt des Versicherungsamts das Oberversicherungsamt endgültig entscheidet". Diese Vorschrift entspricht einem in der zweiten Lesung der Reichsversicherungsordnung im Reichstag gestellten, mit einer Begründung nicht versehenen Antrag (zu vgl. Drucks. des Reichstags 12. Legislaturperiode II. Session 1909/11 Nr. 967 2. Berichtigung und Verhandlungen des Reichstags Bd. 267 S. 6746). Hiernach hat auch über Anträge auf Befreiung von landwirtschaftlichen Arbeitern und Dienstboten von der Krankenversicherungspflicht zunächst der Kassenvorstand zu entscheiden. Für das Beschwerdeverfahren gibt der Wortlaut des § 418 Abs. 3 zu Zweifeln Anlaß. Er kann sowohl dahin ausgelegt werden, daß die Beschwerde sofort an das Oberversicherungsamt als einzige Instanz geht, als auch dahin, daß über die Beschwerde zunächst das Versicherungsamt und erst in der weiteren Instanz nach § 1797 das Oberversicherungsamt entscheidet. Die erstere Auslegung rechtfertigt sich, wenn man das Hauptgewicht auf das Wort „statt" legt. Denn dann könnte man annehmen, daß das Versicherungsamt im Beschwerdeverfahren überhaupt ausscheidet. Die andere Auslegung erscheint zulässig, wenn das Wort „endgültig" entscheidend berücksichtigt wird. Denn dann kann man auch die Auffassung vertreten, daß § 418 Abs. 3 den § 175 nur insoweit abändert, als die Entscheidung des Versicherungsamts nicht endgültig ist, die endgültige Entscheidung somit nach §§ 1797, 1798 dem Oberversicherungsamt obliegt. Unter diesen Umständen müssen die allgemeinen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über den Rechtszug des Beschwerdeverfahrens entscheiden, wie sie in den §§ 1791, 1797, 1798 enthalten sind. Denn diese Vorschriften gelten stets, wenn das Gesetz nichts anderes vorschreibt, und eine andere Vorschrift ist nach dem Gesagten hier nicht, zweifelsfrei getroffen. Demnach geht die Beschwerde gegen die Entscheidung eines Kassenvorstandes über den Antrag auf Befreiung eines landwirtschaftlich Beschäftigten oder eines Dienstboten von der Krankenversicherungspflicht an das Versicherungsamt, gegen dessen Entscheidung weitere Beschwerde an das Oberversicherungsamt stattfindet. Das entspricht auch den allgemeinen Grundsätzen der Reichsversicherungsordnung über die Zuständigkeit des Versicherungsamts auf dem Gebiete der Krankenversicherung und der verwandten Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung. Denn auf beiden Gebieten erstreckt sich die Zuständigkeit des Versicherungsamts im Beschlußverfahren auf die Entscheidung von Streitigkeiten, die das einzelne Versicherungsverhältnis betreffen (zu vgl. §§ 405, 1237 bis 1242, 1459). Daß das Gesetz von diesem Grundsatz hier eine Ausnahme machen wollte, ist um so weniger anzunehmen, als das Versicherungsamt nach §§ 419, 435 bei der Aufhebung der Befreiung mitzuwirken hat. Denn nach diesen Vorschriften erlischt die Befreiung, wenn das Versicherungsamt von selbst oder auf Antrag eines Befreiten feststellt, daß der Arbeitgeber nicht leistungsfähig ist. Hat das Versicherungsamt aber in dieser Weise bei dem Erlöschen der Befreiung mitzuwirken, so fehlt es

Digitized by Google

an jedem inneren Grunde, seine Mitwirkung bei dem Antrag auf Befreiung auszuschalten. Dazu kommt, daß für die Entscheidung über die Befreiungsanträge nicht selten eine Kenntnis der örtlichen Verhältnisse erwünscht ist. Das gilt namentlich für die Prüfung der Frage, ob die Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers sicher ist (§ 418 Abs. 2 Nr. 2, § 435). Das Versicherungsamt steht aber den örtlichen Verhältnissen meistens näher als das Oberversicherungsamt, das auch die erforderlichen Ermittlungen regelmäßig durch das Versicherungsamt anstellen und, falls es ausschließlich zu entscheiden hätte, vielfach ein Gutachten des Versicherungsamts über die Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers einholen müßte. Auch erscheint es zweckmäßig, daß über Befreiungsanträge nach den §§ 418, 435 im Beschwerdeverfahren nicht, wie in den Fällen der §§ 173, 174, nur eine Instanz, sondern zwei Instanzen entscheiden. Denn während in den letzteren Fällen meistens nur tatsächliche Verhältnisse zu prüfen sein werden, ist bei Anträgen nach den §§ 418, 435 auch über Rechtsfragen zu entscheiden, die teilweise schwieriger Art sein können. Das gilt insbesondere für die Frage, ob der zu Befreiende gegen den Arbeitgeber bei Erkrankung einen Rechtsanspruch auf Unterstützung hat, der den Leistungen der zuständigen Kasse gleichwertig ist (§ 418 Abs. 1, § 435). Auch soweit es sich um tatsächliche Verhältnisse handelt, wird sich die Prüfung, wie z. B. hinsichtlich der Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers, nicht immer so einfach gestalten, wie zumeist in den Fällen der §§ 173, 174. Dazu kommt, daß die Vorschriften der §§ 418, 435 schon wegen des größeren Kreises der in Betracht kommenden Personen von größerer wirtschaftlicher Bedeutung sind als die Vorschriften der §§ 173, 174. Endlich ist zu berücksichtigen, daß dem Versicherungsamte nach § 377 Abs. 1 RVO. die Aufsicht über die Krankenkassen zusteht, und daß auch die Art, wie die Krankenkassen über die Befreiungsanträge entscheiden, Anlaß zu einem Einschreiten der Aufsichtsbehörde geben kann. Es erscheint daher angezeigt, daß die Versicherungsämter im Beschwerdeverfahren unmittelbar von den Entscheidungen der Kassenvorstände Kenntnis erhalten.

Die hier vertretene Auffassung wird in der Literatur geteilt von v. Frankenberg (Anm. 6 zu § 418) und Hoffmann 4. Aufl. Anm. 12 zu § 418). Dagegen sind Manes (Handausgabe Anm. zu § 418 vorletzter Absatz), Hahn (Handb. der Krankenversf., Anm. 3 zu § 418) und Hoffmann (5. Aufl. Anm. 12 zu § 418) der Ansicht, daß die Beschwerde unmittelbar und endgültig an das Oberversicherungsamt geht. Hahn meint, daß bei der oben vertretenen Auffassung das Wort „endgültig" im § 418 Abs. 3 im Hinblick auf § 1798, wonach die auf weitere Beschwerde erlassenen Entscheidungen der Oberversicherungsämter stets endgültig sind, überflüssig und sinnlos sei. Dem ist nicht ohne weiteres beizutreten. Nach dem oben Gesagten kann die Vorschrift des § 418 Abs. 3 auch nach ihrem Wortlaut dahin ausgelegt werden, daß sie den § 175 nur insoweit abändert, als die Entscheidung des Versicherungsamts nicht endgültig sein soll, die endgültige Entscheidung vielmehr nach allgemeinen Grundsätzen dem Oberversicherungsamt übertragen wird. In diesem Sinne kann das Wort „endgültig" nicht als überflüssig und sinnlos bezeichnet werden.

Hiernach hat im vorliegenden Falle über die Beschwerde des Sch. gegen die Entscheidung des Kassenvorstandes vom 22. Januar 1914 zunächst das Versicherungsamt M. G. Landkreis zu entscheiden. Die Sache war daher an dieses abzugeben.

Anmerkung der Schriftleitung: Das Ergebnis ist unter praktischen Gesichtspunkten das annehmbarere. Deshalb kann sich die Kritik bescheiden, die Auslegungskunst zu bewundern, durch die das Reichsversicherungsamt es ermöglicht hat, an die Stelle dessen, was der Gesetzgeber tatsächlich gesagt hat, das zu setzen, was er auch hätte sagen und meinen können.

Verlassen des Kassenbezirks während der Schwangerschaft schließt den Anspruch auf ärztliche Behandlung bei abnorm verlaufender Entbindung nicht aus.

Entscheidung des Bayer. Verwaltungsgerichtshofs v. 9. Februar 1914.

Allerdings ist die in der Beschwerde behauptete Tatsache als erwiesen zu erachten, daß die R. nach St. gefahren ist, um dort ihre Entbindung abzuwarten. Gleichwohl kann der hieraus von der genannten Kasse gezogenen Schlußfolgerung, daß dem Ehemann der R. der beanspruchte Ersatz der Kosten für den in St. ungeachtet der in München bereitstehenden Kassenhilfe zugezogenen Arzt nicht zustehe, nicht beigepflichtet werden.

In § 17 Abs. 3 und 4 des Statuts ist bestimmt, daß in Fällen nachweislich dringender Gefahr die Kasse die Kosten des ersten Besuches und erforderlichen Falles auch der ferneren Besuche eines Nichtkassenarztes zu erstatten habe.

Hinsichtlich der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe durch Versicherte in einer fremden Gemeinde hat sich der Gerichtshof in der in der Sammlung von Entsch. des KVGH. Bd. 23 S. 189 veröffentlichten Entscheidung und dann in der Sache Köhler am 13. Juli 1912 ergangenen Entscheidung unter Bezugnahme auf § 57a und 27 Abs. 3 KVG. zu der Anschauung bekannt, daß jedenfalls beim

Digitized by Google

Vorliegen eines dringenden Falles auch bei vorübergehendem Aufenthalte eines Versicherten in einer fremden Gemeinde und Erkrankung daselbst die Kasse, der er angehöre, zur Krankenhilfeleistung verpflichtet sei. Diese Verpflichtung erleidet allerdings eine Ausnahme für den Fall der absichtlichen Umgehung der Kassenhilfe (Reger, VBG., 8. Aufl. S. 94). Ein solcher Fall ist jedoch hier nicht gegeben.

In der Zeit, als die R. sich nach St. begeben hat, was ihr nicht verwehrt werden konnte, war sie nicht krank; ebensowenig war sie dies bis zu ihrer Entbindung; denn die Schwangerschaft ist ebensowenig wie Entbindung und Wochenbett, solange eine Regelwidrigkeit nicht eintritt, als eine Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne zu erachten (Reger, VBG. 8. Aufl. S. 34 oben). Erkrankt ist die R. erst am 5. April 1912, als sie zufolge der regelwidrigen Geburt ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen mußte. Während der Schwangerschaft der R. konnte aber keineswegs beurteilt werden, ob ärztliche Hilfe anläßlich der Entbindung notwendig sein werde. Vielmehr war die Notwendigkeit künstlicher Entbindung ein völlig unerwartetes Ereignis, denn in der Regel genügt bei Geburten die Hilfe der Hebamme, für deren Bezahlung nach den Statuten R. hätte selbst aufkommen müssen. Es kann deshalb auch nicht angenommen werden, daß eine Umgehung der Kassenhilfe vorgelegen hat, da Ehefrau R. den Aufenthaltswechsel nicht im Zustande einer bereits entstandenen Krankheit und behufs Umgehung der Kassenhilfe am Wohnsitzorte vorgenommen hat. Wohl aber steht außer Zweifel, daß durch die nicht voraussehbare Regelwidrigkeit der Entbindung das sofortige Eingreifen eines Nichtkassenarztes unerläßlich war, da der zunächst um Hilfe angegangene Kassenarzt in S., die Leistung der Geburtshilfe abgelehnt hatte.

Diese ärztliche Hilfeleistung erfolgte sohin in einem Falle dringender Gefahr. Die Vorinstanz hat daher mit Recht die beklagte Kasse zum Ersatz der entstandenen Kosten verurteilt.

(Breithaupt.)

Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts

(Heft 5 der Amtl. Nachr. v. 15. Mai 1914.)

Die Satzung einer Krankenkasse darf nicht bestimmen, daß an versicherungsfreie Familienmitglieder der Versicherten auf Antrag oder mit Zustimmung der Versicherten Behandlung und Hilfeleistung durch Heilkundige gewährt wird (1843 S. 512).

Gegen einen Beschluß des Oberversicherungsamts, durch den eine Satzung genehmigt ist, kann unter Umständen der Kasse selbst ein Beschwerderecht zustehen (1844 S. 513; hier S. 355).

Einzelnen Kassenmitgliedern steht ein Beschwerderecht gegen einen solchen Beschluß nicht zu (1845 S. 515).

Anträge, betreffend Genehmigung von Kassensatzungen können nicht nach §§ 1799, 1693 RVO. an das Reichsversicherungsamt abgegeben werden; denn in diesen Fällen entscheidet das Oberversicherungsamt nicht endgültig (1846 S. 516).

Hat das Oberversicherungsamt einer an sich zulässigen Bestimmung der Satzung die erforderliche „Zustimmung" erteilt, so darf es nicht nach § 326 Abs. 1 RVO. eine Aenderung der Bestimmung anordnen. Die Satzung kann nicht dem Versicherungsamt Aufgaben zuweisen, die ihm gesetzlich nicht obliegen, also auch nicht bestimmen, daß das Amt den Vorsitzenden des Ausschusses ernennen soll, wenn sich die beiden Gruppen im Ausschuß nicht einigen (1847 S. 517).

Die Satzung einer Betriebskrankenkasse kann nicht bestimmen, daß die Beiträge vom Arbeitgeber und vom Versicherten je zur Hälfte getragen werden (1848 S. 518).

Die Beschwerde gegen Ablehnung des Antrages auf Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 418 geht an das Versicherungsamt; auf weitere Beschwerde entscheidet das Oberversicherungsamt (1849 S. 519).

Die Ausübung des Wahlrechts zum Ausschuß darf weder durch die Wahlordnung noch durch Anordnungen des Wahlleiters unmöglich oder unbillig erschwert werden (1850 S. 521).

Die Wahl zum Ausschuß ist ungültig, wenn sich bei der Wahl eine verhältnismäßig große, nicht näher festgestellte Zahl von Wählern gleichzeitig in der Wahlzelle befand, so daß sie nicht unbeobachtet ihre Wahlzettel abgeben konnten. Ist seit der Wahl längere Zeit verstrichen, so sind für die neue Wahl neue Wahlvorschläge aufzustellen (1851 S. 522).

Die Wahlvorschläge brauchen nicht so viele Bewerber zu benennen, als Personen zu wählen sind; insbesondere wird die Stimmkraft der auf einen solchen Vorschlag abgegebenen Stimmen grundsätzlich nicht beeinträchtigt (1852 S. 523).

Ein Wahlvorschlag für den Ausschuß ist nicht deshalb ungültig, weil er von nicht Wahlberechtigten unterzeichnet ist, sofern diese in die Wählerliste eingetragen waren und die Eintragung nicht rechtzeitig angetroffen worden ist (1853 S. 524).

Mängel bei der Feststellung des Ergebnisses ziehen die Ungültigkeit der Wahl nach sich, wenn dadurch die Gewähr für die Zuverlässigkeit der Feststellung in Frage gestellt wird (1854 S. 526).

Digitized by Google

Der Ausschuß oder sein Vorsitzender ist nicht befugt, gegen Anordnungen des Versicherungsamts, welche die Bestellung von Angestellten und die Beschaffung von Geschäftsräumen für die Kasse betreffen, Beschwerde nach der Reichsversicherungsordnung einzulegen (1855 S. 527).

C. Zur Unfallversicherung.

Paternosterfahrstuhl als versicherungspflichtiger Betriebs-Unfall einer Reinigungsfrau.

Rekursentsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 20. März 1914.

Die Klägerin hat eine Quetschung des linken Arms erlitten, als sie in ihrer Eigenschaft als Putzfrau eine Kabine in dem in Gang befindlichen Paternosterfahrstuhle des Hansahauses zu E. reinigte. In dem Hansahause, dessen Bureauräume einzeln vermietet werden, befindet sich ein Personen- und Lastenaufzug und ein lediglich der Personenbeförderung dienender Aufzug mit Paternosterwerk. Beide Fahrstühle sind 40 m von einander entfernt und werden durch getrennte Motore betrieben. Der Paternosterfahrstuhl, dessen Motor im Keller liegt, wird morgens von dem Hausmeister in Gang gesetzt und ist dann während des ganzen Tages selbsttätig in Bewegung, ohne daß es einer weiteren Bedienung des Fahrstuhls bedarf. Die Klägerin hat außer den Fluren und Treppen des Hansahauses auch die Kabinen des Paternosterfahrstuhls zu reinigen. Die Reinigung der Fahrstuhlkabine besorgt sie zusammen mit noch zwei anderen Frauen in je dreißig Minuten täglich.

Der Paternosterfahrstuhl dient zur Beförderung der sämtlichen Angestellten der zahlreichen in dem Hause befindlichen Bureaus und des dort verkehrenden Publikums. Seine Anlage bildet hiernach wegen der Verwendung des Motors und weil die Beförderung der Personen mittels des Fahrstuhls in einem erheblichen Umfange erfolgt, einen selbständigen versicherungspflichtigen Betrieb gemäß § 2 Abs. 2 GUVG. (zu vgl. Handb. der Unfallversf., 3. Aufl. Bd. I S. 190 Anm. 8e zu § 2 GUVG.). Diese Ansicht hat das Reichsversicherungsamt auch schon wiederholt in Rekursentscheidungen ausgesprochen (zu vgl. z. B. Entsch. des 5. Rekurssenats vom 3. Oktober 1911, Ia. 6969/10). Der Umstand, daß der Paternosterfahrstuhl eine technische Bedienung nicht erfordert, nimmt ihm diesen Charakter nicht. Es liegt trotzdem wegen der Art und Stärke der bewegenden Kraft, der Häufigkeit der Benutzung, der Gefährlichkeit sowie der Art und des Zwecks der ganzen Anlage ein versicherter Betrieb und nicht, wie die Beklagte meint, eine bloße Einrichtung vor. Versichert sind nun allerdings nicht etwa alle Personen, die durch den Fahrstuhl befördert werden, sondern nur diejenigen, die an dem Motor mit dessen Betrieb und Instandhaltung oder in seinem Gefahrenbereiche beschäftigt sind (zu vgl. Handb. der Unfallversf. Bd. I S. 188 Anm. 7 zu § 2 GUVG.). Im Gegensatz zu dem schiedsgerichtlichen Urteil muß aber angenommen werden, daß die Klägerin bei einer versicherten Tätigkeit verunglückt ist. Sie reinigte eine Zelle des Paternosterfahrstuhls zu einer Zeit, als dieser sich im Lauf befand und erlitt den Unfall gerade dadurch, daß sie mit dem linken Arm zwischen den durch den Motor getriebenen Fahrstuhl und die Wand kam. Der Unfall bildete mithin einen Ausfluß der durch die Tätigkeit des Motors geschaffenen Gefahr. Hiernach ist die Beklagte zur Entschädigung des Unfalls der Klägerin verpflichtet.

Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts.

(Heft 5 der Amtl. Nachr. v. 15. Mai 1914.)

Die nach dem 31. Dezember 1912 nach Ablauf von zwei Jahren seit dem Unfall vorgenommene Aenderung einer vor dem 1. Januar 1913 festgestellten Rente ist als Feststellung einer Dauerrente im Sinne der Reichsversicherungsordnung anzusehen, wenn zur Zeit der letzten Rentenfeststellung noch nicht zwei Jahre seit der Rechtskraft der ersten endgültigen Entscheidung verflossen waren. Sie setzt eine Veränderung der Verhältnisse voraus (2694 S. 478).

Die nach dem 31. Dezember 1912 erfolgte Entziehung einer vor dem 1. Januar 1913 festgestellte Rente ist als Ablehnung der Dauerrente im Sinne der Reichsversicherungsordnung anzusehen, wenn bei Feststellung der letzten Rente noch nicht zwei Jahre seit Rechtskraft der ersten endgültigen Entscheidung verflossen waren. Gleiches gilt von der Ablehnung einer Rente wegen mangelnder Erwerbsunfähigkeit durch einen unter der Herrschaft der Reichsversicherungsordnung erlassenen Bescheid (2695 S. 479).

Eine vor dem 1. Januar 1913 festgestellte Rente ist als Dauerrente im Sinne der Reichsversicherungsordnung anzusehen, wenn ihre Feststellung nach Ablauf von zwei Jahren seit der Rechtskraft der ersten endgültigen Entscheidung erfolgt ist. Die anderweite Feststellung einer solchen Rente nach Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung ist daher eine Neufeststellung der Dauerrente (2696 S. 480).

Die nach dem 31. Dezember 1912, aber vor Ablauf von zwei Jahren seit dem Unfall vor-

Digitized by Google

genommene Aenderung einer vor dem 1. Januar 1913 festgestellten Rente ist als Feststellung der Dauerrente anzusehen, wenn in dem (Einspruchs-) Bescheide nicht vermerkt ist, daß es sich um eine vorläufige Rente handelt (2697 S. 480).

Bei der Prüfung, ob es sich um die Neufeststellung einer Dauerrente wegen Aenderung der Verhältnisse handelt (§ 1700 Ziff. 8 RVO.), werden unter der Herrschaft des alten Rechts zurückgewiesene Rentenabänderungsanträge nicht berücksichtigt; sie gelten nicht als anderweite Rentenfeststellungen mit Jahresbindung (2698 S. 481).

Wenn eine nach altem Recht festgestellte Rente nach dem 1. Januar 1913 neu festgestellt wird, so kommt es für die Frage, ob die neue Rente noch als vorläufige festgestellt werden kann, oder ob sie wegen Ablaufs der zweijährigen Frist des § 1585 Abs. 2 RVO. als Dauerrente festzustellen ist, und für die Berechnung dieser Frist nicht auf den Tag des Erlasses des Bescheids, sondern auf den Zeitpunkt an, von dem ab die neue Rente in Kraft treten soll (2699 S. 482).

Minderung einer in den ersten zwei Jahren nach dem Unfall festgestellten Rente nach Ablauf der zwei Jahre und nach dem 1. Januar 1913 als rekursfähige Feststellung der Dauerrente; Bezeichnung der neuen Rente durch die Berufsgenossenschaft als „vorläufige" wirkungslos (2700 S. 483).

Zu den Verhandlungen der Beschlußkammern brauchen in Sachen der Unfallversicherung nicht die aus dem entsprechenden Bereiche der Unfallversicherung gewählten Arbeitgeber und Versicherten zugezogen zu werden (2701 S. 483).

„Streit über das Vermögen" nach § 646 RVO. besteht sowohl dann, wenn über den abzugebenden Vermögensteil gestritten wird (§ 644), wie auch dann, wenn zunächst nur streitig ist, ob die Entschädigungspflicht der anderen Genossenschaft zufällt. Beim Ausscheiden einzelner Teile einer Genossenschaft (§ 643) findet kein Uebergang der aus eingestellten Betrieben erwachsenen Unfallast statt (2702 S. 484).

Zu den der Dienstordnung unterstehenden Angestellten im Sinne des § 705 Abs. 1 RVO. gehören nur die ständigen, auf Grund eines schriftlichen Vertrags im Dienst einer Berufsgenossenschaft stehenden Angestellten und solche unständige Angestellte, auf die die Dienstordnung in allen ihren Teilen ausdrücklich für anwendbar erklärt ist (2703 S. 485).

Die nicht bloß vorübergehende Verwendung eines von elementarer oder tierischer Kraft bewegten Triebwerkes macht einen Betrieb zur Behandlung und Handhabung der Ware, der mit einem über den Umfang des Kleinbetriebs nicht hinausgehenden kaufmännischen Unternehmen verbunden ist, nach § 538 Ziff. 3 RVO. versicherungspflichtig. Zuständig ist diejenige Genossenschaft, welcher der Betrieb seiner Natur nach zugehört (2704 S. 487).

Die wahlberechtigten Mitglieder einer Berufsgenossenschaft haben kein unbeschränktes Recht auf Einsicht der Wählerliste. Verstöße im Wahlverfahren, durch die das Ergebnis nicht beeinflußt worden ist, führen nicht zur Aufhebung der Wahl. Namensschriften von Wahlberechtigten, die mit dem Wahlvorschlag auf besonderem Bogen eingereicht werden, gelten nicht als Unterschriften des Wahlvorschlags (2705 S. 488).

Nur „gewerbsmäßig" betriebene Apotheken — unter dieser Voraussetzung auch Krankenhausapotheken — unterliegen nach § 537 Ziff. 2 RVO. der Versicherung (2706 S. 489).

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Versicherungsfreiheit (§ 1234 RVO.) und Befreiung auf Antrag; der Antrag eines Ledigen aus § 1237 setzt Anwartschaft auf Hinterbliebenenfürsorge nicht voraus.

Vorentscheidung des Vorsitzenden des **Versicherungsamts Kiel** v. 25. Juni 1914.

Der frühere Oberbootsmannsmaat Paul K. ist seit dem 1. April 1914 auf der Kaiserlichen Werft in Kiel als Bureauangestellter II. Klasse auf privaten Dienstvertrag ohne Anwartschaft auf Ruhegeld und Hinterbliebenenfürsorge gegen ein Monatsgehalt von 110 M. beschäftigt; er ist ledig. Auf Grund einer aktiven Marinedienstzeit von 12 Jahren bezieht er vom Reich seit dem 1. Februar 1913 eine dauernd bewilligte Militärrente von 63 M. den Monat. Auf Grund dieses Sachverhalts hat er mit Schreiben vom 15. April, eingegangen beim Versicherungsamt am 16. April, Antrag auf Befreiung von der Invalidenversicherungspflicht gestellt.

Das Versicherungsamt hat den Arbeitgeber und die Landesversicherungsanstalt gehört. Die Kaiserliche Werft hat Bedenken gegen die Befreiung nicht zu erheben, weist aber auf den — im Marineverordnungsblatt 1913 S. 344 — veröffentlichten Erlaß des Reichskanzlers hin, welcher lautet: „Den im Zivildienst der Marineverwaltung beschäftigten ehemaligen Personen des Soldatenstandes und Beamten der Kaiserlichen Marine, denen oder deren Hinterbliebenen auf Grund gesetzlicher Vorschriften ein Anspruch oder eine Anwartschaft auf Ruhegeld und Hinter-

Digitized by Google

bliebenenrenten zusteht, ist eine dem § 9 Abs. 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte und § 1234 RVO. entsprechende Anwartschaft auf Hinterbliebenenfürsorge gewährleistet. Ich erkläre diese Personen daher für versicherungsfrei."

Die Landesversicherungsanstalt widerspricht der Befreiung, weil K. die erforderliche Anwartschaft auf Hinterbliebenenfürsorge nicht besitze.

Dem Antrag war jedoch stattzugeben. Für eine Befreiung wäre freilich dann kein Raum, wenn die Ansicht der Kaiserlichen Werft zuträfe, daß die Versicherungsfreiheit ohne weiteres auf Grund des Gesetzes in Verbindung mit dem Erlaß vom 9. Oktober 1913 bestünde; denn wer bereits versicherungsfrei ist, kann nicht überdies noch von der Versicherungspflicht befreit werden. Die Ansicht der Werft trifft jedoch nicht zu. Der Erlaß geht anscheinend von der Auffassung aus, daß diejenigen Personen, die sich im Dienste des Reichs (nämlich in der Reichsmarine) eine Pension bereits erworben haben, auf Grund dieser Pension, die bei denjenigen, die vor der Pensionierung geheiratet haben, eventuell auch Anwartschaft auf Hinterbliebenenfürsorge begründet, auch dann versicherungsfrei sind, wenn sie zum Reich in ein neues privatrechtliches Dienstverhältnis treten, auf Grund dessen sie Anwartschaft auf Hinterbliebenenfürsorge nicht haben; der tatsächliche Pensionsbezug aus dem früheren Dienstverhältnis soll, als ein Mehr gegenüber der Anforderung des § 1234 RVO., die bloße Anwartschaft auf Ruhegeld und Hinterbliebenenfürsorge ersetzen. Diese Auffassung steht mit dem Gesetz nicht im Einklang; vielmehr fordert § 1234 RVO., daß auf Grund des bestehenden, an sich die Versicherungspflicht begründenden Beschäftigungsverhältnisses die Anwartschaft auf Ruhegeld und Hinterbliebenenfürsorge begründet sein muß (vgl. Urteil des Bayr. Verwaltungsgerichtshofs vom 22. Juni 1908 zu § 3 KVG., Arb.-Vers. 1909 S. 57). Andernfalls kommt eben nur die Befreiung im Einzelfall auf Antrag gemäß § 1237 RVO. in Frage; der Umstand, daß der frühere Arbeitgeber (Dienstherr), bei dem die Pension erdient ist, mit dem jetzigen Arbeitgeber, bei dem die an sich versicherungspflichtige Beschäftigung stattfindet, identisch ist, ist nur ein möglicher Sonderfall des § 1237 RVO., der dessen Anwendung nicht ausschließen kann. Daß der Dienst in der Reichsmarine und die Tätigkeit als Bureauangestellter auf Privatdienstvertrag bei der Kaiserlichen Werft trotz der in der rechtlichen Einheit des Reichs begründeten Identität des Arbeitgebers (oder richtiger, weil auch für den Militärdienst zutreffend, des Dienstherrn) zwei verschiedene, übrigens im vorliegenden Fall auch zeitlich nicht zusammenhängende Beschäftigungsverhältnisse sind, steht außer Frage. Versicherungsfreiheit nach § 1234 RVO. liegt demnach nicht vor, und der Erlaß ist nicht geeignet, sie zu begründen.

Aber auch der Widerspruch der Landesversicherungsanstalt ist nicht begründet. Es ist zwar richtig, daß dem Antragsteller, gleich wie jedem im ledigen Stande pensionierten Beamten, eine Anwartschaft auf Hinterbliebenenfürsorge für Hinterbliebene aus einer nach der Entlassung eingegangenen Ehe nicht zusteht. Da er jedoch zurzeit ledig ist, kommt Hinterbliebenenfürsorge zurzeit für ihn nicht in Frage, fehlt also auch nicht, und damit ist, wie das Versicherungsamt in voller Uebereinstimmung mit dem (von der Landesversicherungsanstalt mißverstandenen) Bescheid des Reichsversicherungsamts vom 11. April 1912 (Arb.-Vers. 1912 S. 327) annimmt, den Voraussetzungen des § 1237 RVO., die im übrigen unstreitig vorliegen, genügt; vgl. auch die Begründung zum Entwurf der RVO., S. 393 Abs. 2 und 3, aus denen klar hervorgeht, daß die Befreiung der ledigen Pensionäre in der Absicht des Gesetzes liegt. Selbstverständlich muß dann, falls der Befreite später eine Ehe eingeht, die Befreiung widerrufen werden, weil die nunmehr in Frage kommende Hinterbliebenenfürsorge fehlt.

Der Antrag auf Befreiung ist danach begründet, und zwar nach § 1240 Abs. 2 RVO. mit Wirkung vom 16. April, dem Tage des Eingangs an. Hierin zeigt sich, wie beiläufig bemerkt sein mag, der praktische Unterschied zwischen der Auffassung der Kaiserlichen Werft und der hier vertretenen, denn hiernach hat die Werft für die Zeit vom 1. bis 15. April drei Wochenbeiträge für den bis dahin versicherungspflichtigen K. nachzubringen, während er nach der Ansicht der Werft von Beginn der Beschäftigung an ohne Antrag versicherungsfrei wäre.

Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts.

(Heft 5 der Amtl. Nachr. v. 15. Mai 1914.)

Die Einlegung der Berufung durch einen nicht vorschriftsmäßig Bevollmächtigten kann nachträglich, auch nach Ablauf der Berufungsfrist, von der Partei ausdrücklich oder stillschweigend genehmigt werden (1832 S. 499).

Hat der Vorsitzende bereits Beweis erhoben, so kann er eine Vorentscheidung nach § 1657 (1679) RVO. nicht mehr erlassen (1833 S. 499).

Erläßt er in solchem Fall eine Vorentscheidung, so wird der Mangel des Verfahrens dadurch geheilt, daß auf Antrag mündliche Verhandlung vor dem Spruchausschuß (der Spruchkammer) stattfindet (1834 S. 501).

Das Unterbleiben der im § 1618 RVO. vorgeschriebenen mündlichen Verhandlung ist ein wesentlicher Mangel, der beide Parteien beschwert

Digitized by Google

und deshalb auch von der Versicherungsanstalt mit der Revision gerügt werden kann (1835 S. 501).

Das es ein wesentlicher Mangel des Verfahrens ist, wenn in der Entscheidung eine Rente ohne Festsetzung des Betrags zugesprochen wird (Rev.Entsch. 1257, Amtl. Nachr. 1906 S. 427), gilt auch nach §§ 1679, 1668 RVO. Eine Anerkennung des Anspruchs nur dem Grunde nach (§ 1668 Abs. 2) muß als solche ausgesprochen und eingehend begründet werden (1836 S. 502).

Die Revision ist außer in den Fällen des § 1696 RVO. auch unzulässig, wenn ein Anspruch geltend gemacht wird, der (wie z. B. bei der Invalidenversicherung ein Anspruch auf Heilverfahren) nicht zu den pflichtmäßigen Leistungen der Versicherungsträger (§ 1250) gehört und daher im Spruchverfahren nicht verfolgt werden kann. Auch in solchen und anderen Fällen der Unzulässigkeit kann die Verwerfung des Rechtsmittels nach § 1713 ohne mündliche Verhandlung erfolgen (1837 S. 503).

Die zulässig eingelegte Revision wird nicht dadurch unzulässig, daß der Gegner durch eine Rechtshandhabung (z. B. durch ein Anerkenntnis) den Streitgegenstand auf einen der Revision nicht mehr unterliegenden Teil beschränkt (1838 S. 504; zu vgl. 1753 Amtl. Nachr. 1913 S. 676).

Bei Streit über die Sachlegitimation einer Partei (z. B. Bezugsrecht aus §§ 1302, 1303 RVO .oder Erbrecht nach bürgerlichem Recht) ist die Revision stets zulässig, auch wenn nur eine der im § 1696 RVO. behandelten Leistungen beansprucht wird (1839 S. 506).

Die Revision ist zulässig, wenn es sich um die Frage handelt, ob von § 1522 Abs. 1 Satz 3 RVO. auch der Kinderzuschuß (§ 1291) betroffen wird. — Diese Frage ist zu bejahen (1840 S. 506).

Die Revision ist nicht nach § 1696 Ziff. 1 RVO. ausgeschlossen hinsichtlich der Frage, von welchem Zeitpunkt ab die Rente ruht. Die Untersuchungshaft steht einer Freiheitsstrafe im Sinne des § 1312 Abs. 1 RVO. nicht gleich, auch wenn sie nach § 60 StrGB. oder nach § 482 StrPO. auf die Strafe angerechnet wird (anders Rek.-Entsch. v. 29. April 1904 Ia 13678/02). Verweisung an den Großen Senat nach § 1717 Abs. 1 RVO. ist nicht geboten, wenn das abweichende Urteil unter der Herrschaft des alten Rechts ergangen und in den Amtlichen Nachrichten des Reichsversicherungsamts nicht veröffentlicht ist (1841 S. 507).

Handelt es sich im Falle des § 1693 Abs. 1 RVO. um eine noch nicht festgestellte Auslegung gesetzlicher Vorschriften von grundsätzlicher Bedeutung, so ist das Reichsversicherungsamt zur Entscheidung auch dann zuständig, wenn die beklagte Versicherungsanstalt der Aufsicht eines Landesversicherungsamts untersteht (§ 1708 RVO.). Nach Art. 80, 61 Einf.Ges. zur RVO. ist ein neuer berufungsfähiger Bescheid von Amts wegen zu erteilen, wenn der Versicherungsträger die Voraussetzungen dieser Vorschriften für gegeben erachtet. Dadurch wird aber die Pflicht des Versicherungsträgers zu erneuter Bescheidserteilung nicht für den Fall ausgeschlossen, daß über die Frage, ob die Voraussetzungen für das Ruhen der Rente auch nach neuem Rechte gegeben sind, Streit entsteht. Ist mit einem revisionsfähigen Anspruch für den Fall seiner Abweisung ein nicht revisionsfähiger Anspruch geltend gemacht und handelt es sich bei diesem um eine noch nicht festgestellte Auslegung gesetzlicher Vorschriften von grundsätzlicher Bedeutung, so ist die Abgabe an das Reichsversicherungsamt nach § 1693 Abs. 1 Satz 2 RVO. nur bezüglich des nicht revisionsfähigen Anspruchs zulässig. Ueber den anderen ist zunächst im gewöhnlichen Instanzenzuge zu entscheiden. Bis zur rechtskräftigen Erledigung dieses Streites ist die Verhandlung der Sache über den nicht revisionsfähigen Anspruch auszusetzen (1842 S. 510).

Ueber die Ausfüllung der Quittungsformulare für die erste Rentenerhebung durch die Versicherungsträger: Bescheid v. 16. März 1914 (1856 S. 528).

E. Zur Angestelltenversicherung.

Bescheide der Reichsversicherungsanstalt.

(„Angestelltenversicherung" 1914 S. 94)

1. Fleischbeschauer und Trichinenschauer sind nach der Rechtsübung der RfA., die darin im Einklang mit derjenigen des Reichsversicherungsamtes in der Invalidenversicherung steht, als Angestellte anzusehen, und zwar auch dann, wenn sie nicht in einem Schlachthofe o. dgl., sondern als Einzelbeamte tätig sind. Im letzteren Falle ist als Arbeitgeber die Gemeinde oder der sonstige Träger der örtlichen Polizeikostenlast anzusehen. Die Angestellteneigenschaft ergibt sich in diesem Falle daraus, daß die Gemeinde oder der sonstige Träger der örtlichen Polizeikostenlast durch sie eine ihm gesetzlich auferlegte Aufgabe, nämlich die Ausübung der Fleischbeschau und Trichinenschau, erledigen läßt. Dies gilt auch dann, wenn

Digitized by Google

die Fleischbeschauer und Trichinenschauer nur auf den Bezug von Gebühren angewiesen sind, die sie von denjenigen, die ihre Dienste in Anspruch nehmen, einziehen.

Da weiter die Ausübung der Fleischbeschau und Trichinenschau eine gehobene Tätigkeit ist, unterliegen die Fleischbeschauer und Trichinenschauer der Versicherungspflicht nach dem VGfA., wenn sie diese Tätigkeit allein oder mit einer sonstigen unter dieses Gesetz fallenden Beschäftigung im Hauptberuf ausüben.

Die Beitragsleistung erfolgt, wenn die Einstellung in einem Schlachthofe stattfindet, oder wenn nur ein Träger der Polizeikostenlast als Arbeitgeber erscheint, nach Gehaltsklassen gemäß § 176 des VGfA. Sind dagegen mehrere Arbeitgeber vorhanden, z. B. wenn der Fleischbeschauer oder Trichinenschauer für mehrere Träger der Polizeikostenlast tätig ist oder für einen solchen und gleichzeitig in einer sonstigen nach dem Angestelltenversicherungsgesetz versicherungspflichtigen Tätigkeit für einen anderen Arbeitgeber, so hat gemäß § 177 des VGfA. jeder der Arbeitgeber 8 % des dem Versicherten für die Dauer der Beschäftigung gezahlten Entgelts monatlich als Beitrag zur Angestelltenversicherung zu entrichten.

Der Abzug der auf den Versicherten entfallenden Hälfte von 4 % hat seitens eines jeden Arbeitgebers in der gleichen Weise wie bei der Beschäftigung durch einen Arbeitgeber (§ 178 des VGfA.) zu erfolgen. Eine anteilsmäßige Tragung der Beiträge etwa von Gehaltsklassenbeiträgen durch die einzelnen Arbeitgeber ist nicht zulässig. (I 3856 II/14.)

2. Erhalten Orchestermitglieder an Theatern während der Sommermonate eine sog. Sustentationsgage, so stellen sich die Sommermonate als Urlaubszeit dar. Die Sustentationsgage ist daher als Gehaltszahlung für diese Zeit anzusehen, so daß die Beiträge für die Sommermonate, falls die Musiker in dieser Zeit einer anderen Beschäftigung nicht nachgehen, nach derjenigen Gehaltsklasse, die sich unter Zugrundelegung der Sustentationsgage nach §§ 16, 17 des VGfA. ergibt, andernfalls nach § 177 des genannten Gesetzes zu entrichten sind. Das für die Wintersaison gezahlte Gehalt kommt während der Sommermonate bei Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes für die Beitragsleistung nicht daneben zum Ansatz. (I. E. 163/2. 14.)

3. Die vielfach in den Kreisen der Beteiligten verbreitete Ansicht, Verkäuferinnen in Schlächterläden seien nicht versicherungspflichtig im Sinne des Versicherungsgesetzes für Angestellte, ist irrig. Der Betrieb eines Schlächterladens ist als Handelsgewerbe anzusehen, auch wenn er nicht im Handelsregister eingetragen ist. Die Verkaufstätigkeit der Verkäuferinnen (Mamsells) ist kaufmännische Tätigkeit, und zwar einschließlich der dazu gehörigen Handreichungen u. dgl. wie Zuschneiden der Fleischwaren. Sie sind also als kaufmännische Bedienstete in einem Handelsgewerbe nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte als Handlungsgehilfen versicherungspflichtig, wenn die oben geschilderten kaufmännischen Dienste ausschließlich oder doch überwiegend von ihnen ausgeübt werden. (I. G. 629/1. 14.)

Sprechsaal.

Zur Krankenversicherung der Hausgewerbtreibenden.

Fast in jeder Zeitschrift für Sozialversicherung, die auf meinen Tisch niedergelegt wird, lese ich etwas über die Hausgewerbtreibenden. Ich lese, wer als Hausgewerbtreibender anzusehen, wer unter hausgewerblich beschäftigt anzusehen ist, wann die Hausgewerbtreibenden als vorübergehend beschäftigt anzusehen sind, wer die Mittel aufzubringen hat usw. usw. Alles, alles lese ich, studiere ich stundenlang und das Ende vom Liede ist, ich weiß immer noch nicht, ob die Leute, die man hier als Hausgewerbtreibende anspricht, der Versicherungspflicht unterliegen. Was ich in den verschiedensten Zeitschriften gesucht habe, ist die Darstellung eines Geschäftsführers oder sonst Kassenpraktikers, der an Hand der in seinem Kassenbezirk tatsächlich vorhandenen Verhältnisse die praktische Durchführung der Versicherungspflicht der Hausgewerbtreibenden bespricht. Das mag aber seinen Grund wohl darin haben, daß es ihnen ebenfalls geht wie mir.

An zwei Beispielen aus der Praxis lernt und ersieht man mehr, als aus zehn wunderschönen Aufsätzen aus der Theorie. — In hiesiger Stadt werden von einer großen Fabrik rund 600 Personen mit „Hausindustrie" beschäftigt. „Hausindustrie" ist der hiesige Sprachgebrauch für diese Beschäftigung. Tatsächlich nähen diese Leute Haken und Oesen, Druckknöpfe, Stecknadeln und andere derartige kleinere Sachen auf Pappkarten auf. Die Leute, die sich so beschäftigen, sind in der Regel Frauen aus Arbeiterfamilien, die sich hierdurch einen Nebenverdienst verschaffen. Der Mann geht seiner regelmäßigen Arbeit nach und die Frau macht mit ihren 3—4 oder auch mehr Kindern zu Hause „Hausindustrie". Meist sind diese Personen ganz arme Leute, die sich recht und schlecht durchs Leben hungern. Sie brauchen also den Verdienst, den sie sich durch die Hausindustrie erwerben, bitternotwendig. Von den rund 600 Frauen, die sich mit ihren Kindern so beschäftigen, verdienen etwa 120 Personen bis 5 M. monatlich, bis 10 M. etwa 140, bis 15 M. etwa 100, bis 20 M. auch etwa

Digitized by Google

100, bis 25 M. etwa 40, bis 30 M. etwa 30, bis 35 M. etwa 25, bis 40 M. etwa 25, über 40 M. monatlich der Rest. Die Frauen gehen morgens mit einem Korbe zur Fabrik, bekommen dort eine „Partie" und nehmen diese mit in ihre Wohnung zum aufnähen. Meistens ist es so, daß die Mutter die Wirtschaft in Ordnung hält und nur dann und wann mal mit einspringt, um die Arbeit fertig zu bringen. Meistens leisten die schulpflichtigen Kinder die Arbeit. Ich bitte nun um gefl. Auskunft:

1. sind diese so beschäftigten Personen überhaupt als Hausgewerbtreibende anzusehen?
2. Wenn ja, ist ein Teil dieser Personen als vorübergehend beschäftigt anzusehen, die nicht der Versicherungspflicht unterliegen? Der Ortslohn für die in Betracht kommenden Frauen beträgt 2 Mark.
3. Welche Regelung wird für am zweckmäßigsten gehalten: entweder Beiträge zu erheben und den Leuten außer ärztlicher Behandlung und Arznei ein Krankengeld zu gewähren, oder keine Beiträge zu erheben und nur ärztliche Behandlung und Arznei zu gewähren? Die Stadt müßte dann in diesem Falle die Kosten, die nicht durch den Auftraggeberzuschuß gedeckt werden, übernehmen.
4. Wenn von diesen „Hausgewerbtreibenden" Beiträge erhoben werden sollen, in welcher Weise soll dann Krankengeld gewährt werden? Der Vorschlag in § 482 RVO. mit dem schönen Satz: „Dabei verhält sich das Krankengeld zum gesetzlichen Krankengelde usw. usw." ist hier nicht durchführbar. Tatsächlich würden nach diesem Vorschlage die Verhältnisse hier so liegen, daß die Hausgewerbtreibenden ein desto geringeres Krankengeld erhielten, je mehr Beiträge sie zahlten.

X., Geschäftsführer der Allgemeinen Ortskrankenkasse Y.

Wir können dem Herrn Einsender die Schmerzen, die ihm diesen Stoßseufzer abgepreßt haben, einigermaßen nachfühlen, da ja die hausgewerbliche Krankenversicherung in der Tat ein besonders schwieriges, verwickeltes, an Unstimmigkeiten und Zweifeln reiches Kapitel ist; aber wir müssen durchaus bestreiten, daß „man" an seinen Beispielen aus der Praxis mehr lernt, als „aus zehn wunderschönen Aufsätzen aus der Theorie" — wofern nämlich jener „man" ein einsichtiger Leser ist. Der Herr Einsender bedenkt nicht, daß jenseits der Grenzen seines Kassenbezirks auch noch Industrielle und Hausgewerbtreibende wohnen und daß an zahlreichen Orten des großen Deutschen Reichs die Verhältnisse anders und immer wieder anders liegen; daß es bei Abfassung der Reichsversicherung nicht bloß galt, die Versicherung der 600 hausindustriell Beschäftigten in Y. zu regeln, sondern daß es sich hier um den ersten Versuch handelte, die außerordentlich vielgestaltigen, oft recht verwickelten und in manchen Bezirken (wegen der eigenartigen, immer wieder verschiedenen wirtschaftlichen Lage der beteiligten Personen) besonders schwierigen Verhältnisse durch eine einheitliche Regelung für das ganze Reich zu erfassen; daß mit dieser Vielgestaltigkeit und Schwierigkeit die Mängel des Gesetzes zusammenhängen, die in der Praxis zutage treten, und daß es Aufgabe der mit der Durchführung des Gesetzes betrauten Personen ist, sich einerseits mit den Vorschriften des Gesetzes und den sie beherrschenden Grundgedanken vertraut zu machen und andererseits die besonderen Verhältnisse des einzelnen Bezirks und sogar die einzelnen Fälle innerhalb des Bezirks jeweils klar zu erfassen, um sie den Grundgedanken des Gesetzes unterzuordnen. Hierzu sollen die theoretischen Ausführungen, die der Herr Einsender so sehr mißachtet, helfen. Sie können und wollen nicht Formeln aufstellen, die für jeden einzelnen Fall totsicher und restlos passen, aber sie können und wollen die Begriffe läutern, Zweifel klären, Widersprüche und Mängel ausgleichen oder, sofern dies nicht möglich wäre, der Gesetzgebung die Wege der Abhilfe weisen, und dadurch zugleich dem Praktiker in gewissen Grenzen die Aufgabe erleichtern, sich mit dem Gesetze, wie es nun einmal ist, abzufinden.

Auf die einzelnen Fragen ist folgendes zu antworten:

1. Es bedarf nur eines Blickes in irgendeinen Kommentar zur Reichsversicherungsordnung, um festzustellen, daß unter der „Selbständigkeit", welche nach § 162 ein wesentliches Begriffsmerkmal des Hausgewerbtreibenden (im Unterschiede vom unselbständigen Heimarbeiter) nicht die wirtschaftliche, sondern die persönliche Selbständigkeit ist, die sich z. B. in der Freiheit äußert, unabhängig von Weisungen des Auftraggebers Beginn, Ende, Umfang, Reihenfolge der Arbeit zu bestimmen, Hilfskräfte heranzuziehen, insbesondere auch die Kräfte der Hauskinder sich nutzbar zu machen usw. Das ist genau der Fall der 600 Frauen von Y. So abhängig sie infolge ihrer gedrückten wirtschaftlichen Lage sein mögen, so wichtig ist für sie das bischen persönliche Unabhängigkeit vom Arbeitgeber, die es ihnen ermöglicht, ihre Zeit nach freiem Belieben und Bedarf zwischen der industriellen Arbeit und der Versorgung des Hauswesens zu teilen und zu jener Arbeit die schwachen Einzelkräfte der Kinder zu sammeln und zu verwerten. Kurz: geradezu ein Schulbeispiel selbständiger hausgewerblicher Betätigung, da ja auch alle übrigen Voraussetzungen zweifelsfrei gegeben sind.
2. Hinsichtlich der Frage, ob und welche von diesen Frauen, als vorübergehend beschäftigt, versicherungsfrei sind, verweisen wir auf den Aufsatz von Dr. Goerlitz in Heft 19; die Nutzanwendung auf den Einzelfall dürfen wir wohl dem Praktiker überlassen.
3. Die Frage nach der Zweckmäßigkeit der einen oder der anderen von dem Herrn Einsender erwogenen Regelung erledigt sich durch einen Blick in das Gesetz: es müssen Beiträge erhoben und es muß neben der Krankenpflege auch ein Krankengeld gewährt werden (§§ 480, 482). Eine Vorschrift, welche die Gemeinde zur Uebernahme irgendwelcher Kosten der hausgewerblichen Krankenversicherung verpflichtete, besteht nicht; der § 489, an den wohl gedacht ist, stellt diese Uebernahme ins freie Ermessen des Gemeindeverbandes, wenn er die hausgewerblichen Versicherungspflichtigen von der Beitragspflicht befreien will.
4. Das Bedenken gegen die Regelung nach Maßgabe des § 482 Abs. 2 Satz 2 ist begründet und wird für Fälle der vorliegenden Art auch in dem Nachtrage zur Mustersatzung für Landkrankenkassen, Erläuterung zu § 80 f. Abs. 2, anerkannt. Wenn z. B. 40 M. Zuschuß und

Digitized by Google

50 M. Beiträge gezahlt sind, so würde das Krankengeld nach jener Regelung 4/5 des gesetzlichen Krankengeldes betragen; wenn aber der Hausgewerbtreibende so wenig verdient hätte, daß der Zuschuß nur 20 M. betrüge, so würde er, weil er trotzdem gleich hohe Beiträge zahlen mußte, nur 2/5 des gesetzlichen Krankengeldes beanspruchen können. Eine offenbare Unbilligkeit! Einen annehmbaren Vorschlag zur Abhilfe macht Dr. Schall in der Monatsschrift für Arb.- u. Angest.-Vers. 2 Sp. 530. Er schlägt vor, mit einem dem gewöhnlichen Durchschnitt entsprechenden Beitragssatz, also etwa mit 2 % zu rechnen und diesen (fingierten) Beitrag in die Gleichung einzustellen, so daß die Bestimmung etwa zu lauten hätte: „Dabei verhält sich das Krankengeld .... zu dem aller Beiträge, die der Hausgewerbtreibende bei einem Beitragssatz von 2 % gezahlt hätte; ein höheren usw."

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Aufstellung des Rechnungsabschlusses und der Nachweisungen der Krankenkassen.

Regeln hierüber hat das Kaiserl. Statistische Amt zusammengestellt und in einer Sonderbeilage zum Reichs-Arbeitsblatte Nr. 6 (Juni 1914) veröffentlicht. Wir teilen sie in folgendem mit:

Die Bestimmungen des Bundesrats v. 9. Okt. 1913 über Art und Form der Rechnungsführung der Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen — abgedruckt im Zentralblatt für das Deutsche Reich Nr. 50 v. 14. Okt. 1913, S. 1009 ff. — gelten vom 1. Januar 1914 ab und sind demnach zum ersten Male bei Aufstellung des Rechnungsabschlusses und der Nachweisungen für das Jahr 1914 zu beachten.

Bei Zweifeln über die Art der Aufstellung des Rechnungsabschlusses und der Nachweisungen erteilt das Kaiserliche Statistische Amt im Einvernehmen mit der an der Statistik beteiligten statistischen Landesstelle Auskunft (§ 31 a. a. O.).

Eine Zusammenstellung der aus den bisher ergangenen Bescheiden sich ergebenden Regeln, wie sie in § 31 a. a. O. vorgesehen ist, wird nachstehend abgedruckt. Der leichteren Bezugnahme wegen sind die Regeln nach Mustern geordnet und innerhalb dieser fortlaufend numeriert.

Die Nachweisungen nach Muster 7 und 8 sind für die durch die Reichsversicherungsordnung geforderten Zwecke der Rechnungsstelle des Reichsversicherungsamts bestimmt; soweit bei diesen oder andern Nachweisungen die Zuständigkeit des Reichsversicherungsamts berührt wird, werden die Auskünfte im Einvernehmen mit diesem Amte erteilt.

Allgemeines.

1. Weitergehende Unterscheidungen in den Büchern, als die Bundesratsbestimmungen erfordern, sind zulässig, doch muß die Gliederung der Spalten in den Büchern derart erfolgen, daß die vorgeschriebenen Angaben entnommen werden können.

2. Soweit nicht eine Anordnung gemäß § 377 Abs. 3 RVO. getroffen ist, haben auch die unter Staatsaufsicht stehenden Betriebskrankenkassen Rechnungsabschluß und Nachweisungen dem zuständigen Versicherungsamte vorzulegen.

3. Die in den verschiedenen Druckereien hergestellten Muster weichen von einander ab. Die Verschiedenheit der Muster wird bei der statistischen Aufarbeitung störend empfunden. Dieser Uebelstand würde beseitigt, wenn die Krankenkassen nur solche Muster beschafften, die den gegebenen Bestimmungen auch in der Form genau entsprechen, wie solche von der Reichsdruckerei hergestellt werden.

Zu Muster 1.

1. Der Rechnungsabschluß sieht keine Abgleichung zwischen Einnahmen und Ausgaben vor, eine Aufführung des Kassenbestandes im Rechnungsabschluß innerhalb Kapitel 1 bis 8 ist deshalb nicht zu veranlassen. Der Kassenbestand ist aber in der Vermögensnachweisung (Muster 2) zu berücksichtigen.

2. Im Rechnungsabschluß sind nur Reineinnahmen und Rein ausgaben zu berücksichtigen; es sind daher alle Kürzungen an Einnahmen und Ausgaben (Erstattungen, Ersatzansprüche) in Abzug zu bringen. — § 10 der Bundesratsbestimmungen hat nur für die Führung des Krankenbuchs, § 17 für die Führung des Einnahme- und Ausgabebuchs Geltung.

3. Unter Kapital 1 (Erträge aus Kapitalanlagen) sind nachzuweisen: Kapitalzinsen sowie Nutzungen aus Grundstücken und Geräten.

4. Die Verteilung der Beiträge ist sowohl im Muster 1 (Kapitel 2) wie auch im Muster 7 nach der gesetzlichen oder satzungsmäßigen Vorschrift vorzunehmen.

5. Sowohl im Muster 1 (Kapitel 2) als auch im Muster 7 sind die Beitragsteile der Arbeitgeber aller versicherungspflichtigen Mitglieder aufzuführen, einschließlich derjenigen, welche die Arbeitgeber gemäß § 517 Abs. 2 für Mitglieder von Ersatzkassen zu zahlen haben.

6. Wenn von den fälligen Kassenbeiträgen vom Arbeitgeber nur ein Teil geleistet wird und der Rest bis zum Abschluß der Kassenbücher oder überhaupt nicht eingezogen werden kann, so ist es nicht nötig, die eingegangenen Beträge auf die einzelnen Gruppen (Arbeitgeber und Versicherte) mathematisch genau zu verteilen. Bei derartigen Buchungsschwierigkeiten wird die Verteilung dem Ermessen der Kassen überlassen.

Es ist nichts dagegen einzuwenden, daß alle Beiträge, die von dem Versicherungspflichtigen zu zwei Dritteln und den Arbeitgebern zu einem Drittel (bei Innungskrankenkassen zutreffendenfalls zur Hälfte) zu tragen sind, zunächst in einer Summe verbucht werden und die Verteilung für den Rechnungsabschluß erst am Jahresschluß vorgenommen wird.

7. Die Kostenersätze für Krankenpflege mit 3/5 des Grundlohnes (Ersatzleistungen §§ 217, 222, 1503 usw.) sind zu angemessenen Teilen auf die einzelnen Ausgabetitel des Kapitels 4 zu verteilen.

Digitized by Google

Es ist statthaft, von einer Verrechnung im Einzelfall abzusehen und den Gesamtbetrag der gewährten oder erhaltenen Ersatzleistungen am Monats- oder Jahresschlusse bei Kapitel 4 abzusetzen oder hinzuzurechnen.

8. Unter Kapitel 4 Titel 9 des Rechnungsabschlusses „Bare Leistung statt ärztlicher Versorgung" sind nur Beträge für die Fälle zu führen, wie sie § 370 RVO. vorsieht.

9. Aufwendungen zur „Fürsorge für Genesende" sind zweckmäßig unter Anfügung eines besonderen Titels 10 („Fürsorge für Genesende") aufzuführen.

10. Unter den Ersatzleistungen (Rückseite des Musters 1) sind sowohl die Zahlungen der vorlegenden Kasse als auch diejenigen der erstattenden Kasse aufzuführen (s. a. Nr. 7 zu Muster 1).

Zu Muster 3.

1. Für die Orts- und Landkrankenkassen ist lediglich Muster 3a, für die Betriebs- und Innungskrankenkassen Muster 3b bestimmt.

2. Es ist die Zahl derjenigen Mitglieder anzugeben, die nach Ausweis des Mitgliederverzeichnisses zu den angegebenen Zeitpunkten vorhanden waren.

3. In den Spalten 7 und 8 des Musters 3a sind auch die in der Forstwirtschaft Beschäftigten nachzuweisen (§ 161 RVO.).

4. Die Gesamtzahl der Mitglieder (Spalte 1 und 2) ist einmal zerlegt nach Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten, es muß also die Summe der Zahlen der Spalten 3+5 gleich der Zahl in Spalte 1 und diejenige der Spalten 4+6 gleich der Zahl in Spalte 2 sein. Ein zweites Mal — dies trifft nur bei den Orts- und Landkrankenkassen (Muster 3a) zu — wird die Zahl der einer besonderen Versicherungspflicht unterliegenden Mitglieder in den Spalten 7 bis 18 zergliedert; es dürfen also die Summen der Zahlen der Spalten 7+9+11+13+15+17 nicht höher als die Zahl in Spalte 1 (oder 3+5) und diejenigen der Spalten 8+10+12+14+16+18 nicht höher als die Zahl in Spalte 2 (oder 4+6) sein.

5. Versicherungspflichtige, für welche nach § 517 RVO. Rechte und Pflichten ruhen, weil sie einer Ersatzklasse angehören, sind in die Zahl der Mitglieder nicht einzurechnen.

Zu Muster 4.

Unter „A. Krankenhilfe" sind sowohl bei den Krankheitsfällen, als auch den Krankheitstagen nur diejenigen der Mitglieder, nicht diejenigen von Angehörigen zu verzeichnen, während unter „B. Wochenhilfe" außer den Entschädigungsfällen von Mitgliedern auch diejenigen von Ehefrauen von Mitgliedern aufzuführen sind.

2. Im Krankenbuche sind nach § 8 der Bundesratsbestimmungen nur die mit Erwerbsunfähigkeit verbundenen Erkrankungs- und die entschädigten Sterbefälle sowie nach § 12 die entschädigten Fälle von Wochenhilfe einzutragen, wie sie zur Ausfüllung des Musters 4 benötigt werden; wie auch im Krankenbuche diejenigen „Angehörigenfälle" (entschädigte Wochenhilfsfälle und Sterbefälle) Aufnahme zu finden haben, die zur Ausfüllung des Musters 4 erforderlich sind.

3. In den Hauptübersichten nach Muster 4, 7 und 8 sind alle Mitglieder nachzuweisen.

4. Zu Muster 4 sind außerdem gesonderte Nachweisungen aufzustellen für die im Hausgewerbe Beschäftigten, für die unständig Beschäftigten und für solche Mitglieder, für welche nach § 181 RVO. eine gesonderte Buchung der Beiträge und Leistungen vorgeschrieben ist (s. Fußnote*) auf Muster 4).

Ein besonderer Rechnungsabschluß nach Muster 1 ist für die Hausgewerbtreibenden und die beiden anderen Gruppen nicht aufzustellen. Die Einnahmen und Ausgaben sind für diese Gruppen vielmehr in die Zahlen des allgemeinen Rechnungsabschlusses aufzunehmen.

5. Die Sondernachweisungen nach Muster 4 sind für die durch die Reichsversicherungsordnung geforderten Zwecke der Rechnungsstelle des Reichsversicherungsamts bestimmt. Einsendung erfolgt nach § 30 der Bundesratsbestimmungen an das zuständige Versicherungsamt, das sie dem Kaiserlichen Statistischen Amte vorlegt.

Auf jeder dieser Nachweisungen muß Name, Art und Sitz der Kasse sowie die Art der Versicherten, für die sie bestimmt ist, angegeben werden (s. a. Nr. 1 bis 3 und 6 zu Muster 7 und Nr. 1 bis 3 und 8 zu Muster 8).

6. Als Versicherungsberechtigte sind auch die freiwillig Weiterversicherten zu erachten.

7. Hat in Bezirken ohne Landkrankenkassen die Allgemeine Ortskrankenkasse in der Satzung bestimmt, daß der Ortslohn als Grundlohn für solche Versicherten zu gelten hat, die nach der Art ihrer Beschäftigung einer Landkrankenkasse anzugehören hätten (z. B. für häusliche Dienstboten), so weicht der Grundlohn für diese Versicherten vom regelmäßigen Grundlohn der Ortskrankenkasse ab.

Die Beiträge und Leistungen sind nach § 181 Abs. 4 der RVO. für diese Versicherten getrennt zu buchen, soweit die oberste Verwaltungsbehörde nichts anderes bestimmt.

Zu Muster 5.

In Spalte 3 (Höhe des Entgelts) ist für jede Kategorie der Aerzte die Jahressumme, nicht ein Einzelsatz, der vorn in Spalte 1 anzuführen wäre, einzusetzen. Etwaige Anmerkungen sind als Erläuterung der Zahlenangaben zu empfehlen.

Zu Muster 6.

Es sind alle regelmäßig tätigen Aerzte usw. aufzuführen ohne Rücksicht darauf, ob vertragliche Abmachungen bestehen oder nicht.

Zu Muster 7.

1. Zu dem Muster 7 sind außerdem gesonderte Nachweisungen aufzustellen für die im Hausgewerbe Beschäftigten, für die unständig Beschäftigten und für solche Mitglieder, für welche nach § 181 RVO. eine gesonderte Buchung der Beiträge und Leistungen vorgeschrieben ist (s. Fußnote *) auf Muster 7).

2. Auf jeder dieser Nachweisungen muß Name, Art und Sitz der Kasse sowie die Art der Versicherten, für die sie bestimmt ist, angegeben sein.

3. Wegen Aufstellung und Bezeichnung der Nachweisungen siehe auch Nr. 4 bis 6 zu Muster 1 und Nr. 3 bis 7 zu Muster 4.

4. Die Mitgliederzahlen und Beitragseinnahmen sind nicht nur für die versicherungspflichtigen und versicherungsberechtigten Mitglieder, sondern auch für die im Hausgewerbe Beschäftigten, für die unständig Beschäftigten und für solche Mitglieder, für welche nach § 181 RVO. eine gesonderte Buchung der Beiträge und Leistungen vor-

Digitized by Google

geschrieben ist, anzugeben, und zwar für beide Geschlechter getrennt (s. a. Nr. 5) zu Muster 1). Der Gesamtbetrag der Beitragseinnahmen muß mit den Angaben des Kapitels 2 in Muster 1 über einstimmen.

5. Es sind die wirklichen, nicht die auf den Kopf der Versicherten entfallenden Beitragseinnahmen für männliche und weibliche Mitglieder getrennt aufzunehmen.

6. Die Haupt- und Sondernachweisungen nach Muster 7 sind für die durch die Reichsversicherungsordnung geforderten Zwecke der Rechnungsstelle des Reichsversicherungsamts bestimmt. Die Einsendung erfolgt nach § 30 der Bundesratsbestimmungen an das zuständige Versicherungsamt, das sie dem Kaiserlichen Statistischen Amte vorlegt.

Zu Muster 8.

1. Zu dem Muster 8 sind außerdem gesonderte Nachweisungen aufzustellen für die im Hausgewerbe Beschäftigten, für die unständig Beschäftigten und für solche Mitglieder, für welche nach § 181 RVO. eine gesonderte Buchung der Beiträge und Leistungen vorgeschrieben ist (s. Fußnote *) auf Muster 8).

2. Auf jeder dieser Nachweisungen muß Name, Art und Sitz der Kasse sowie die Art der Versicherten, für die sie bestimmt ist, angegeben sein.

3. Wegen Aufstellung und Bezeichnung der Nachweisungen siehe Nr. 3 bis 7 zu Muster 4.

4. Als Aufwendungen für ärztliche Behandlung, Arznei und sonstige Heilmittel sind für die angegebenen Mitgliedergruppen, soweit möglich, die wirklich gewährten Leistungen mitzuteilen. Wo aber eine Trennung der Leistungen nach dem Geschlechte der Mitglieder oder nach Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten oder nach den in der Anmerkung *) zu Muster 8 bezeichneten besonderen Mitgliedergruppen nicht möglich ist, genügt vorläufig eine Verteilung der im einzelnen nicht aussonderbaren Leistungen nach Maßgabe der für die Aufwendungen in Betracht kommenden Personen.

Die Art der Unterverteilung der Leistungen ist durch eine Anmerkung auf Muster 8 zu erläutern.

5. Im Muster 8 sind sämtliche Ausgaben auf Grund der reichsgesetzlichen Krankenversicherung zur Darstellung zu bringen, also auch das Hausgeld sowie das Schwangeren- und Stillgeld. Letztere Ausgaben gehören zu den sonstigen Leistungen der Wochenhilfe (Spalte 5), erstere zu den sonstigen Leistungen der Krankenhilfe (Spalte 4).

6. Zu empfehlen ist, daß solche Kassen, bei welchen die einzelne ärztliche Leistung bezahlt wird, wenn möglich auch die Kassen mit anderen Systemen, den Kassenärzten nahelegen, sich in jedem Falle nach der Zugehörigkeit des die ärztliche Hilfe Nachsuchenden zu den einzelnen Mitgliedergruppen zu erkundigen und das ausgestellte Rezept mit einem entsprechenden Vermerke, z. B. einem vereinbarten Buchstaben und, wenn möglich, mit der Mitgliedsnummer zu versehen.

Soweit sich die für Familienhilfe gewährten Leistungen nicht ausscheiden lassen, genügt es, nur die ausscheidbaren Aufwendungen mitzuteilen.

7. In Spalte 1 (Aerztliche Behandlung usw.) des Musters 8 sind auch die Kosten für Krankenbehandlung durch approbierte Zahnärzte sowie für Krankenbehandlung und Geburtshilfe durch andere Heilpersonen, Hebammen usw. einzutragen.

8. Die Haupt- und Sondernachweisungen zu Muster 8 sind für die durch die Reichsversicherungsordnung geforderten Zwecke der Rechnungsstelle des Reichsversicherungsamts bestimmt. Die Einsendung erfolgt nach § 30 der Bundesratsbestimmungen an das zuständige Versicherungsamt, das sie dem Kaiserlichen Statistischen Amte vorlegt.

Schadenshaftung des Arztes wegen unzureichender Fürsorge für den von ihm Behandelten.

Der „Mediz. Rundschau" des „Berl. Tagebl" entnehmen wir folgende Mitteilung über eine beachtenswerte Entscheidung des Reichsgerichts:

Am 26. Mai 1911 wurde der praktische Arzt Dr. St. zu dem vierjährigen Knaben Sch. zwecks Behandlung eines starken Nasenblutens gerufen. Um die Blutung aufzuhalten, bestrich Dr. St. das Innere der Nase mittels eines mit Watte umwickelten und in Trichloressigsäure getauchten Streichholzes. Infolge der Behandlung wuchs die Nase nach und nach zu, das Kind mußte nach mehreren Monaten operiert werden. Der Vater des Sch. strengte nun gegen Dr. St. eine Klage an, in der er Zahlung von 835 Mark Schadenersatz und Feststellung, daß aller aus der fehlerhaften Behandlung entstandene oder noch entstehende Schaden, eine Schädigung im Erwerb und Fortkommen, und auch der immaterielle Schaden zu ersetzen sei, begehrte. Zur Begründung seiner Ansprüche machte er geltend: eine Nachbehandlung habe nicht stattgefunden, der beklagte Arzt vielmehr nur die Weisung erteilt, ihn bei Gefahr sofort zu rufen.

Beide Vorinstanzen, das Landgericht und das Oberlandesgericht, haben den Arzt antragsgemäß verurteilt. Die Berufungsinstanz führt hierzu in den Entscheidungsgründen folgendes aus: Das Vorgehen des Dr. St. entsprach nicht der Vorsicht und nicht den Regeln der Kunst. Er hat fahrlässig sowohl seine Vertragspflicht als Arzt verletzt, wie auch dem Kind nach § 823 des Bürgerlichen Gesetzbuches widerrechtlich Schaden zugefügt. Er hatte für sachgemäße Ausführung der Operation einzustehen. Ihm als Arzt war die durch die Behandlung mit der Säure hervorgerufene Anschwellungsgefahr bekannt. Da er die Aetzung so vorgenommen hatte, daß sie sich auf die gegenüberliegende Nasenseite erstreckte, erwuchs ihm die Pflicht, des öfteren die behandelte Stelle zu untersuchen. Die gelegentlichen Erkundigungen und die Anweisung, ihn bei Gefahr sofort zu rufen, waren unzureichend. Auch der Umfang der Verurteilung durch den Vorderrichter ist begründet. Nach § 847 des BGB. hat bei Verletzung des Körpers oder der Gesundheit eines anderen die Entschädigung auch den Schaden zu umfassen, der nicht Vermögensschaden ist.

Das Reichsgericht hat die hiergegen noch eingelegte Revision zurückgewiesen. (III lc 5. 14).

Digitized by Google

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und recht deutlich zu schreiben.

Dringende Bitte!

In den laufenden Ferienmonaten haben auch die Mitglieder unserer Schriftleitung das Bedürfnis, sich von der anstrengenden Tagesarbeit zurückzuziehen und auswärts Erholung zu suchen. Die Leser der „Arbeiter-Versorgung" werden daher gebeten, während dieser Zeit Anfragen an den Briefkasten nur in sehr dringenden Fällen zu richten und uns ausreichende Zeit zur Beantwortung zu lassen.

Beiträge für volle Wochen.

1. Nach Br. Antwort: Wenn die Satzung bestimmt, daß die Beiträge „für je eine Woche zu berechnen" sind, so ist wahrscheinlich gemeint, daß sie stets für volle Wochen berechnet werden; aber sicher ist dieser Sinn nicht. Die Fassung läßt sich doch auch dahin verstehen, daß die Beiträge für je eine Woche nach der Zahl der in diese Woche fallenden Tage der Mitgliedschaft zu berechnen sind; und sogar auch die Auslegung wäre denkbar, daß sie nur für je eine Woche berechnet werden, also für eine nicht volle Woche überhaupt außer Ansatz bleiben. Deshalb halten wir eine Beschwerde für aussichtslos. Wir können nur eine Aenderung der Satzung empfehlen, wobei dem Wortlaut des § 397 Abs. 4 RVO. zu folgen oder eine dem § 59 der Musterf. f. LKK. entsprechende Fassung zu wählen wäre.

a) Verjährung des Anspruchs auf Erstattung zu Unrecht gezahlter Beiträge. b) Wird die Mitgliedschaft während Arbeitsunfähigkeit (§ 311) in die Wartezeit der §§ 214, 313 eingerechnet?

2. Nach Hamburg. Antwort: a) § 29 Abs. 2 RVO. bestimmt, daß der Anspruch auf Rückerstattung von Beiträgen in 6 Monaten nach Ablauf desjenigen Kalenderjahres eintritt, in welchem sie entrichtet worden sind. Es tritt also immer nur die Verjährung gleichzeitig für alle in demselben Jahre gezahlten Beiträge ein. Danach ist es möglich, daß ein Teil bereits verjährt, ein anderer noch nicht verjährt ist. Am 1. Juli 1915 würden z. B. verjährt sein die 1914, aber noch nicht die Januar bis Juni 1915 entrichteten Beiträge. Für diejenigen, die vor dem 1. Januar 1914 entrichtet worden sind, gilt nach Art. 6 Abs. 2 Einf.-Ges. zur RVO. noch das alte Recht, also die dreißigjährige Verjährung. b) In § 313 RVO. heißt es: „Scheidet ein Mitglied . . . aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung aus." Demnach wird in die Frist, während deren die Versicherung bestanden haben muß, nicht diejenige Zeit angerechnet, in der jemand Mitglied der Kasse bleibt, weil er arbeitsunfähig ist und daher Anspruch auf die Kassenleistungen hat. (Vergl. Hahn, Handb. der Kr.-Verf., Anm. 2b zu § 313.) Anders nach § 214. Dort ist die Rede von einem Ausscheiden ohne weiteren Zusatz. Daher ist anzunehmen, daß gemeint sei ein Ausscheiden aus der Kasse. Da dieses nun solange nicht stattfindet, wie ein Arbeitsunfähiger Anspruch auf die Kassenleistungen hat (§ 311), so ist diese Zeit in die Frist des § 214 RVO. einzurechnen.

Ersatzansprüche gegen Dritte muß die Kasse beim ordentlichen Gericht einklagen.

3. Nach Gr. Antwort: Der Ersatzanspruch des Versicherten an einen Dritten, der gemäß § 1542 RVO. auf die Kasse übergeht, kann von dieser nur durch Klage beim ordentlichen Gericht geltend gemacht werden. Ein Zwangsbeitreibungsverfahren durch die Gemeindebehörde ist daher unzulässig. Hat die Kasse einen vollstreckbaren Titel des ordentlichen Gerichts (Vollstreckungsbefehl oder Urteil) erlangt, so kann sie auf Grund seiner die Pfändung versuchen, auch Einkünfte aus dem Grundstück des Schuldners, z. B. Miet- und Pachtzinsen pfänden. Die Eintragung einer Zwangshypothek oder die Zwangsversteigerung ist nicht möglich, da die Forderung nicht 300 M. übersteigt (§ 866 Abs. 3 ZPO.).

Darf bei Anmeldung eines Versicherten gefragt worden, zu welcher Ersatzkasse er gehört?

4. Nach Wunsiedel. Antwort: Die Frage in Spalte 12 des Anmeldeformulares, wonach der Arbeitgeber angeben soll, bei welcher „Ersatzkasse" der Arbeitnehmer versichert ist, halten wir für unzulässig. Denn die Beantwortung ist dem Arbeitgeber nur nach Rückfrage beim Arbeitnehmer möglich, und somit richtet sich die Frage mittelbar an den Versicherten. Eine solche Frage ist aber im Hinblick auf § 190 Satz 2 RVO. schlechthin nicht gestattet. Es kann nicht eingewendet werden, daß dem Versicherten unbenommen bleibt, sie unbeantwortet zu lassen; es bleibt eben der Aufsichtsbehörde, die auf Beobachtung des Gesetzes zu halten hat, unbenommen, schon die Stellung einer solchen Frage zu verbieten. — Die andere Frage in Spalte 11, bei welcher „Kasse" der Gemeldete zuletzt versichert gewesen ist, erscheint unbedenklich, wenn man darunter nur Krankenkassen im Sinne der RVO. versteht (§ 225). Allerdings hat die Kasse ein Interesse an einer Auskunft hierüber auch hinsichtlich etwa in Betracht kommender Ersatzkassen (zu vgl. §§ 188, 197). Aber dieses mögliche, bedingte Interesse kann es nicht rechtfertigen, daß die Kasse von vornherein den Arbeitnehmer durch Vermittlung des Arbeitgebers über seine bisherige Zugehörigkeit zu einer Ersatzkasse befragen läßt,

Digitized by Google

im Widerspruch mit der offensichtlichen Absicht des § 190 Satz 2, die dahin geht, den Versicherten mit dieser Frage schlechthin zu verschonen.

Bezeichnung einer bestimmten Bezugsstelle für Heilmittel; Ablehnung der Bezahlung.

5. Nach Brunsbüttel. Antwort: Die Rezepte tragen einen deutlichen Vermerk, daß die Heilmittel aus einer von der Kasse bestimmt bezeichneten Bezugsquelle zu entnehmen waren. Die Kasse darf daher die Bezahlung der anderswoher bezogenen Heilmittel ablehnen (Entsch. des preuß. OVG. in Arb.Vers. 1909 S. 28). So ist zu urteilen, weil es sich um Heilmittelbezug aus dem Jahre 1913 handelt. Nach neuem Rechte kämen die §§ 375, 376 RVO. in Betracht. Uebrigens ist das Versicherungsamt weder nach der RVO. noch nach dem KVG. zur Entscheidung über den Anspruch des Apothekers zuständig. Die Streitsache gehört vor das ordentliche Gericht.

Beginn der Befreiung nach § 169 RVO.

6. Nach Oels in Schlesien. Antwort: Wenn es sich, wie wir annehmen, um Lehrer an öffentlichen Schulen oder Anstalten handelt, dann bedarf es zu ihrer Befreiung von der Krankenversicherungspflicht nicht, wie in den Fällen der §§ 170, 171 RVO., eines Antrags, sondern diese Personen sind kraft Gesetzes (§ 169) von selbst versicherungsfrei; und zwar von dem Tage ab, seit welchem ihnen einer der im § 169 Abs. 1 bezeichneten Ansprüche gewährleistet ist. War dies bereits am 1. Januar der Fall, so ist der Anspruch auf Rückzahlung der gezahlten Beiträge in vollem Umfange begründet. (Anders in Fällen des § 170; vgl. Arb.Vers. 1914 S. 343 Ziff. 11).

Berechnung des Unfallzuschusses zum sog. Taschengelde (§ 573 RVO.).

7. Nach Duisburg. Antwort: Die Auskunft in der „Betriebskrankenkasse" entspricht durchweg dem, was in der Arbeiter-Versorgung schon wiederholt ausgeführt worden ist, zuletzt 1914 S. 151 Ziff. 7. Daß satzungsmäßige Taschengeld beträgt im vorliegenden Falle nur 20 Pf. gleich $^1/_{30}$ des Grundlohns. Dieser Betrag ist in demselben Verhältnisse zu erhöhen, wie das gesetzliche Krankengeld nach § 573 RVO. zu erhöhen sein würde, d. i. im Verhältnis von $^1/_2$ zu $^2/_3$, also von $^1/_{20}$ zu $^2/_{30}$, d. i. von 20 Pf. auf $26^2/_3$ Pf.

§ 197 RVO. gilt nicht, wenn die Niederkunft vor 1914 eingetreten ist.

8. Nach Bünde. Antwort: Die Leistungspflicht der Kassen bemißt sich grundsätzlich nach demjenigen Rechte, unter dessen Herrschaft der Versicherungsfall eingetreten ist. Diese Regel, welche allgemeinen Rechtsgrundsätzen entspricht, ist gerade auch aus der in Art. 30 EinfGes. zur RVO. bestimmten Ausnahme herzuleiten. Bei einer vor dem 1. Januar 1914 eingetretenen Niederkunft ist daher die Leistungspflicht der Kasse (abgesehen von Art. 30) schlechthin nach dem alten Rechte zu beurteilen, auch wenn die Leistungspflicht in das Jahr 1914 hineinreicht; deshalb bestand diese Pflicht ohne die erst durch § 197 RVO. eingeführte Möglichkeit eines Rückgriffs auf andere Kassen. Der Ansicht Hoffmanns, daß § 197 auch für schwebende Fälle gilt, soweit es sich um die Zeit vom Inkrafttreten des neuen Rechts handelt, können wir nicht beitreten. Ist nun die Wöchnerin während des Wochengeldsbezugs infolge der Neuordnung zu einer anderen Kasse übergegangen, so hat auch diese die weitere Leistung gemäß § 212 ohne die Möglichkeit eines Rückgriffs auf andere Kassen zu übernehmen.

Krankenunterstützung für einen beim Fußballspiel erlittenen Unfall.

9. Nach Alsfeld. Antwort: Da regelmäßig die Ursache der Krankheit für den Anspruch auf Krankenhilfe unerheblich ist, so steht er dem Versicherten auch dann zu, wenn er beim Fußballspiel verletzt worden ist. Er geht seiner Unterstützung nicht deswegen verlustig, weil er sich die Krankheit nicht bei seiner beruflichen Beschäftigung, sondern bei einer Tätigkeit zugezogen hat, die der Unterhaltung diente.

Der Ausschuß kann nicht beliebige Kassenmitglieder mit der Abnahme der Kassenrechnung betrauen.

10. Nach Göttingen. Antwort: Die Pflicht und das Recht des Ausschusses, die Jahresrechnung gemäß § 345 RVO. abzunehmen, sind, wie überhaupt die Aemter der Kassenorgane, rein persönlich. Daher können damit vom Ausschuß nicht Personen betraut werden, die ihm nicht angehören, mögen sie auch Mitglieder der Kasse sein.

Hebammendienste bei Entbindungen.

11. Nach Merseburg. Antwort: Die Vorschrift Ihrer Satzung, daß für Hebammendienste bei der Niederkunft ein Zuschuß von 10 Mark zu leisten ist, ist erst am 1. April 1914 in Kraft getreten, findet also auf Entbindungen, die vor diesem Tage stattgefunden haben, keine Anwendung. Demnach gilt für die letzteren noch die alte Fassung. Das heißt, die Kasse mußte die Geburtshilfe durch die von ihr zu bestimmenden Aerzte oder Hebammen gewähren. Hatte sie aber, wie es scheint, hierfür keine Aerzte oder Hebammen besonders bestimmt, überließ es vielmehr dem Mitglied selbst, sich Arzt oder Hebamme in solchen Fällen zu beschaffen, so mußte sie dafür die vollen Kosten tragen. Sie kann sich nicht darauf berufen, daß nach § 37 ihrer Satzung die ärztliche Behandlung Hilfeleistungen anderer Personen, als approbierte Personen, wie z. B. Bader, Hebammen usw., nur dann umfaßt, wenn der Arzt sie anordnet, oder wenn in dringenden Fällen kein approbierter Arzt zugezogen werden kann. § 37 bezieht sich offenbar nur auf die in Krankheitsfällen erforderliche Behandlung, also auf diejenige, die eine besondere medizinische Ausbildung voraussetzt. Die Vorschrift würde z. B. dann anzuwenden sein, wenn die Entbindung nicht normal verläuft, so daß ein Krankheitszustand vorliegt. (Vgl. Hahn, Handb. der Kr.-Vers., Anm. 3a zu § 122). Für eine normale Entbindung gilt das nicht. Uebrigens steht die Vorschrift, daß ein bestimmter Zuschuß von 10 M. zu leisten ist, streng genommen mit dem Gesetz in Widerspruch. Es dürfte vielmehr nur bestimmt werden, daß die Kasse die Kosten der Geburtshilfe bis zu einem Höchstbetrag von 10 M. übernimmt. (Vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 4 zu § 198). Allerdings werden die vollen Kosten fast immer 10 M. übersteigen, so daß die Vorschrift im praktischen Ergebnis der Festsetzung eines Höchstbetrages gleichkommt.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Dippe; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe; Geh. Regierungsrat Professor Dr. Laß, Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Rat Dr. Olshausen; Geheimrat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1072 der ganzen Folge

21. Jahrgang | **1. August 1914** | **Heft 22**

Die Vorschriften der RVO. über Fristen in ihrer Anwendung auf die Krankenversicherung.

Von Regierungsrat J. Keidel in Erding.

Die grundlegenden Bestimmungen über die Berechnung von Fristen sind in den §§ 124 bis 127 RVO. niedergelegt. Auf dem Gebiet der Krankenversicherung sind sie von besonderer Bedeutung für die Ansprüche auf Leistungen; dabei ist die Anwendung der Bestimmungen nicht immer zweifelsfrei.

I.

Die Bestimmungen über die Fristen bilden vor allem die Grundlage für die Berechnung des zeitlichen Umfangs der Kassenleistungen.

1. Die Krankenhilfe endet nach § 183 RVO. mit Ablauf der sechsundzwanzigsten Woche nach Beginn der Krankheit, wird jedoch Krankengeld erst von einem späteren Tage an bezogen, nach diesem. Fällt in den Krankengeldbezug eine Zeit, in der nur Krankenpflege gewährt wird, so wird diese Zeit auf die Dauer des Krankengeldbezuges bis zu dreizehn Wochen nicht angerechnet.

Bei Berechnung der Dauer der Krankenhilfe kommt die Bestimmung des § 125 RVO. zur Anwendung, der zufolge eine nach Wochen bestimmte Frist mit dem Ablauf desjenigen Tages der letzten Woche endet, welcher nach Benennung dem Tage entspricht, an dem das Ereignis fällt, von dem ab die Frist gerechnet wird. Ist ein Versicherter am Freitag, den 2. Januar 1914 erkrankt, ohne arbeitsunfähig zu sein, so hat er Anspruch auf Krankenhilfe bis zum Freitag, den 3. Juli, einschließlich, d. i. bis zum Freitag der sechsundzwanzigsten Woche. Ist der Versicherte arbeitsunfähig und hat er auf Grund der Satzung (§ 191 Abs. 2 RVO.) Anspruch auf Krankengeld schon vom Tage der Erkrankung an, so bestimmt sich das Ende der Krankenhilfe in der gleichen Weise; hat er aber Anspruch auf Krankengeld nach § 182 Ziff. 2 RVO. erst vom vierten Krankheitstage, d. i. vom Montag, den 5. Januar ab, so endet die Unterstützungspflicht der Kasse erst mit Montag, den 6. Juli. Der letzte Tag der Unterstützung in ihrem vollen gesetzlichen Umfang ist immer der Wochentag der sechsundzwanzigsten Woche, der diejenige Benennung hat, wie der Tag, von dem ab die Dauer der Krankenhilfe bestimmt wird, d. i. je nach Sachlage der Tag der Erkrankung oder der Tag, für den zum erstenmale Krankengeld gewährt wurde. Die Unterstützung erstreckt sich demnach je nach Sachlage über $26 \times 7 + 1 = 183$ Tage, $26 \times 7 + 4 = 186$ Tage.

In den letzten Beispielen war angenommen, daß der Versicherte vom Tag der Erkrankung an ununterbrochen arbeitsunfähig war. Wesentlich anders gestaltet sich die Berechnung der Unterstützungsdauer, wenn die Arbeitsunfähigkeit bei Fortdauer der Krankheit zeitweise unterbrochen war. Hat der Krankengeldbezug am Freitag, den 2. Januar 1914 begonnen, bis Freitag den 6. März, also neun

Digitized by Google

Wochen gedauert, ist in der Folgezeit für fünf Kalenderwochen nur Krankenpflege gewährt worden und hat der Krankengeldbezug erst am Sonntag, den 11. April 1914 aus Anlaß desselben Krankheitsfalles wieder begonnen, so wird gemäß § 183 Abs. 1 Satz 2 die Zeit, in der nur Krankenpflege gewährt wurde, weil sie die Dauer von dreizehn Wochen nicht übersteigt, auf die Dauer des Krankengeldbezugs nicht angerechnet. Der Versicherte hat hiernach Anspruch auf Krankengeld bis einschließlich Freitag, den 7. August; im Hinblick auf § 183 Abs. 2 ist bis zu diesem Tage auch Krankenpflege zu gewähren. Die Dauer der Krankenhilfe verlängert sich in diesem Falle um fünf Kalenderwochen. Der Versicherte hat demnach, wenn er am Freitag, den 2. Januar erkrankt ist und vom gleichen Tag an auch Krankengeld bezog, Anspruch auf Krankenhilfe für 183+(5×7) = 218 Tage; dieser Anspruch ist befriedigt mit Ablauf des Freitags, den 7. August. Hat der Krankengeldbezug erst am Montag, den 5. Januar begonnen, so endigt die Krankenhilfe mit Ablauf des Montag, den 10. August. Hat die Krankheit und der Krankengeldbezug am Freitag, den 2. Januar 1914 begonnen und bis Montag, den 2. März einschließlich gedauert, war der Krankengeldbezug dann unterbrochen bis Samstag, den 11. April und hat er an diesem Tag aus Anlaß derselben Krankheit wieder begonnen, so hat er erstmals bis Freitag, den 27. Februar acht Kalenderwochen ausschließlich des Tags der Erkrankung und drei Tage gedauert. Die Krankenhilfe ist demnach vom Samstag, den 11. April an noch für vierzehn volle Kalenderwochen und vier Tage zu gewähren, in die der 11. April mit eingerechnet wird. Der 11. April gilt nicht als Anfangstag einer neuen Frist im Sinne der §§ 124, 125. Die Krankenhilfe endet in diesem Falle mit Ablauf des Dienstag, den 11. August. Wäre die Unterbrechung des Krankengeldbezugs nicht eingetreten, so hätte die Krankenhilfe mit Freitag, den 3. Juli, ihr Ende erreicht. Die Unterbrechung des Krankengeldbezugs hat fünf Wochen und vier Tage, d. i. 39 Tage gedauert; um diese Zeit verlängert sich die Zeit der Unterstützungsdauer, die demnach 183+39 Tage beträgt, sohin mit Dienstag, den 11. August ihr Ende erreicht.

Hat die Krankheit und der Krankengeldbezug am Freitag, den 2. Januar 1914 begonnen und bis Freitag, den 13. März, also zehn Kalenderwochen ausschließlich des Tags der Erkrankung gedauert, war der Krankengeldbezug dann bis einschließlich Freitag, den 26. Juni, also fünfzehn Kalenderwochen unterbrochen und hat er am Samstag, den 27. Juni wieder begonnen, so endet er — und mit ihm die Krankenhilfe überhaupt — am Freitag, den 9. Oktober, damit von den fünfzehn Wochen der Unterbrechung nur dreizehn auf den Krankengeldbezug nicht angerechnet werden.

Allgemein läßt sich für den Fall der Unterbrechung des Krankengeldbezugs bei Fortdauer der Krankheit der Satz aufstellen, daß der letzte Tag, an dem die Unterstützung im Hinblick auf § 183 RVO. noch zu gewähren ist, seiner Benennung nach immer dem Tag entsprechen muß, für den zum erstenmale Krankengeld gewährt wurde, wenn als Zeit der Unterbrechung eine oder mehrere volle Kalenderwochen in Anrechnung kommen; hat dagegen auch ein Bruchteil einer Kalenderwoche in Anrechnung zu kommen, so ist nach dem Tag der letzten vollen Kalenderwoche, der seiner Benennung nach dem Tag des Bezugs des Krankengeldbezugs entspricht, das Krankengeld noch für so viele Tage nach diesem Tage zu gewähren, als die Unterbrechung über volle Kalenderwochen hinaus gedauert hat. Hat z. B. der Krankengeldbezug an einem Montag begonnen und war er siebzehn Tage unterbrochen, so fällt das Ende des Unterstützungsanspruchs auf einen Donnerstag; der Donnerstag ist der letzte Unterstützungstag.

Einer besonderen Beachtung bedarf noch der Fall, daß der erste Tag, für den Krankengeld an sich zu gewähren wäre, also regelmäßig im Hinblick auf § 183 RVO. der vierte Krankheitstag auf einen Sonntag fällt und nach der Satzung für diesen Tag Krankengeld

Digitized by Google

nicht zu gewähren ist. Der äußerste Tag der Krankenhilfe würde in diesem Fall an sich ebenfalls wieder auf einen Sonntag fallen; da aber Krankengeld für den Sonntag nicht zu gewähren ist, so endet im Hinblick auf § 183 Abs. 2 RVO. der Anspruch des Versicherten auf Krankenhilfe überhaupt mit dem vorhergehenden Samstag. Eine Verschiebung des letzten Tags der Krankenhilfe auf den nächstfolgenden Werktag, tritt im Hinblick auf § 127 Abs. 2 RVO. nicht ein.

2. Das Wochengeld ist nach § 195 RVO. für acht Wochen zu gewähren, von denen mindestens sechs in die Zeit nach der Niederkunft fallen müssen. Im Gegensatz einerseits zur Krankenhilfe und andererseits zu § 20 Abs. 1 Ziff. 2 des Krankenversicherungsgesetzes ist in § 195 RVO. der Tag, von dem ab die Krankenhilfe zu gewähren ist, nach dem hiernach auch der Endpunkt des Wochengeldbezugs zu bestimmen wäre, nicht genannt. In § 20 hieß es, die Wöchnerinnenunterstützung sei zu gewähren „auf die Dauer von sechs Wochen nach der Niederkunft". Bei dieser Fassung war es im Hinblick auf die mit §§ 124 und 125 RVO. gleichlautende Bestimmung in § 70 a des Krankenversicherungsgesetzes zweifellos, daß die Wöchnerinnenunterstützung endete mit dem Tag, der seiner Benennung nach dem Tag der Niederkunft entsprach; da die Unterstützung auch für den Tag der Niederkunft selbst zu gewähren war, so mußte sie in ganzem für 6×7+1 d. i. für 43 Tage gewährt werden. Sowohl Hoffmann in Hanow's Kommentar z. RVO. wie Hahn Handbuch der Krankenversicherung nehmen an, daß das Wochengeld für 57 Tage; also in Anwendung der §§ 124 u. 125 RVO. vom Tag der Niederkunft an bis einschließlich zu dem Tage der letzten Woche zu gewähren sei, der durch seine Benennung dem Tag der Niederkunft entspricht. Ich neige bei der veränderten Fassung des § 195 RVO. der Ansicht zu, daß die erfolgte Niederkunft zwar Voraussetzung des Anspruchs auf Wochengeld ist, dagegen nicht das Ereignis, von dem ab die Frist zu rechnen ist, im Sinne der §§ 124, 125, das umsomehr, als das Wochengeld nach Eintritt der Niederkunft in gewissem Umfang für die Zeit vor diesem Ereignis gefordert werden kann, sich also der Endpunkt des Bezugs nicht allgemein nach der Niederkunft bestimmt. Ich glaube daher, daß das Wochengeld nur für acht Kalenderwochen d. i. für 56 Tage zu gewähren ist.

3. Das Sterbegeld ist nach § 202 RVO. noch zu bezahlen, wenn der Tod binnen einem Jahr nach Ablauf der Krankenhilfe infolge derselben Krankheit eintritt und der Versicherte bis zu diesem Tage ununterbrochen arbeitsunfähig war. Der äußerste Termin für den Anspruch auf Sterbegeld bestimmt sich ebenfalls nach §§ 124 u. 125 RVO. Der Tod muß spätestens an dem Tage eintreten, der seiner Zahl nach dem Tage entspricht, mit dem die Krankenhilfe ihr Ende erreicht hat. Hat ein Versicherter bis zum 31. Juli 1914 einschließlich Krankenhilfe bezogen, so muß der Tod aus Anlaß dieser Krankheit spätestens am 31. Juli 1915 erfolgt sein, wenn ein Anspruch auf Sterbegeld bestehen soll. Fällt das Ende der Krankenhilfe auf den 29. Februar eines Schaltjahres, so muß der Tod im Hinblick auf § 125 Abs. 2 RVO. spätestens am 28. Februar des folgenden Jahres erfolgen, um einen Anspruch auf Sterbegeld zu begründen.

II.

Die Bestimmungen über die Fristen kommen auch da zur Anwendung, wo der Ablauf eines gewissen Zeitraumes Voraussetzung für die Ausübung gewisser Rechte oder die Erhebung gewisser Ansprüche ist.

1. Nach § 207 RVO. kann die Satzung bestimmen, daß der Anspruch Versicherungsberechtigter, die der Kasse freiwillig beitreten, erst nach einer Wartezeit von höchstens sechs Wochen entsteht. Der Ablauf der Wartezeit bestimmt sich nach §§ 124, 125; er fällt auf den Tag der letzten Woche, der nach seiner Benennung dem Tag des Beitritts entspricht. Erfolgt der Beitritt am Mittwoch, den 1. Juli, so endet die sechswöchentliche Wartezeit mit dem Ablauf des Mittwoch, den 12. August. Vom 13. August ab hat der Versicherte Anspruch auf die Kassenleistungen.

Digitized by Google

2. Die Satzung kann ferner nach § 208 RVO. bestimmen, daß der Anspruch der Kassenmitglieder auf Mehrleistungen der Kasse erst nach einer Wartezeit von höchstens sechs Monaten nach dem Eintritt entsteht. Eine solche Bestimmung gilt nicht für Mitglieder, die binnen der letzten zwölf Monate bereits für mindestens sechs Monate Anspruch auf Mehrleistungen einer Krankenkasse oder einer knappschaftlichen Krankenkasse gehabt haben. Durch Ausscheiden aus der Mitgliedschaft kann diese Wartezeit nach § 209 RVO. auf die Dauer von höchstens sechsundzwanzig Wochen unterbrochen werden. Die zulässige Dauer der Unterbrechung erhöht sich für Mitglieder, die zur Erfüllung ihrer Dienstpflicht in Heer oder Marine ausscheiden, um diese Dienstpflicht.

Bei Bestimmung des Endpunkts der Wartezeit darf nicht übersehen werden, daß dieselbe im Hinblick auf die Bestimmung in § 209 nicht zusammenzuhängen braucht. Hierdurch wird die Anwendung der Bestimmung in § 125 RVO. ausgeschlossen, und zwar meiner Ansicht nach auch dann, wenn die Wartezeit tatsächlich zusammenhängt, eine Unterbrechung also nicht eingetreten ist. Wohl wird der letzte Tag der Wartezeit der gleiche sein, wenn sie nach Wochen bestimmt ist und und wenn sie im einzelnen Falle nicht unterbrochen worden ist, gleichviel ob § 125 zur Anwendung kommt oder nicht, dagegen wird der letzte Tag unter Umständen ein anderer sein, wenn die Frist in der Satzung nach Monaten bestimmt ist. Ist ein Versicherter am Donnerstag, den 1. Januar Kassenmitglied geworden, so endet eine sechswöchentliche Wartezeit stets am Donnerstag, den 12. Februar. Der 1. Januar wird im Hinblick auf § 124 RVO. in die Frist nicht eingerechnet, diese beginnt vielmehr mit dem Tage, der auf den Tag des Beginns der Mitgliedschaft folgt; wenn die Frist sechs Wochen beträgt, laufen also bis zum Ende der Frist volle sechs Kalenderwochen, d. i. 6×7=42 Tage. Der 42. Tag nach dem 1. Januar ist aber Donnerstag, der 12. Februar. Zu dem gleichen Ergebnis käme man bei Anwendung des § 125; das Ende der Wartezeit würde auch nach dieser Bestimmung auf Donnerstag, den 12. Februar fallen, d. i. der Tag der sechsten Woche der seiner Benennung nach dem Tag des Beginns der Kassenmitgliedschaft entspricht. Ist der Beitritt zur Kasse am 1. Juli erfolgt und die Wartezeit auf drei Monate festgesetzt, so endet sie, da bei einem Zeitraum von Monaten, der nicht zusammenhängend zu verlaufen braucht, der Monat nach § 126 RVO. zu dreißig Tagen gerechnet wird, nach Ablauf von 3×30 d. i. 90 Tagen nach dem 1. Juli d. i. am 29. September; würde die Wartezeit aber nach § 125 berechnet, so würde sie erst mit Ablauf des 1. Oktober enden, d. i. des Tages, der durch seine Zeit dem Tag des Beginns der Kassenmitgliedschaft entspricht.

Die Wartezeit für die Mehrleistungen gilt, wie erwähnt, nicht für Mitglieder, die binnen der letzten zwölf Monate bereits für sechs Monate Anspruch auf Mehrleistungen einer Kasse hatten.

Die Frist von zwölf Monaten wird vom Zeitpunkt der Erkrankung zurückgerechnet. Erkrankt ein Versicherter vor Ablauf der Wartezeit für die Mehrleistungen, so kann er unter den eben gegebenen Voraussetzungen trotzdem Anspruch auf diese haben. Erkrankt er am 1. Januar 1915, so muß er in der Zeit zwischen dem 1. Januar 1914 und dem 1. Januar 1915 für mindestens 180 Tage Anspruch auf Mehrleistungen gegenüber einer oder mehreren anderen Kassen gehabt haben, wenn er gegenüber seiner Krankenkasse vor Ablauf der Wartezeit Anspruch auf die Mehrleistungen erheben will. Die Frist von zwölf Monaten wird nach § 125 RVO. berechnet: Der Endpunkt, vom 1. Januar 1915 zurückgerechnet, ist der Tag, der durch seine Benennung dem Anfangstag entspricht. Die sechs Monate, für die ein Anspruch auf Mehrleistungen innerhalb jenes Jahres bestanden haben muß, brauchen nicht zusammenzuhängen, es wird daher jeder Monat zu dreißig Tagen gerechnet, auch wenn die sechs Monate im gegebenen Fall zusammenhängen. Hat der Versicherte am 1. Juli 1914 einen Anspruch

Digitized by Google

auf Mehrleistungen gegenüber seiner damaligen Krankenkasse erworben, so genügt es, daß er diesen Anspruch bis einschließlich 28. Dezember, d. i. bis zum Ablauf des 180. Tages nach dem 1. Juli gehabt hat, um ihn im Fall der Erkrankung in einer anderen Kasse am 1. Januar 1915 sofort den Anspruch auf die Mehrleistungen dieser Kasse zu sichern, trotz einer Bestimmung der Satzung im Sinne des § 208 Satz 1.

Ein Versicherter, der am 1. Januar 1914 Mitglied der Kasse geworden ist, und bis zum 1. März einschließlich geblieben ist, und am 15. Juli neuerdings der Kasse beigetreten ist, erwirbt den Anspruch auf die Mehrleistungen der Kasse mit Ablauf des 12. Oktober, also am 13. Oktober, wenn die Kasse eine Wartezeit von sechs Monaten für die Mehrleistungen eingeführt hat. Von den 180 Tagen, die die Wartezeit im Hinblick auf § 126 RVO., wie bereits erwähnt, beträgt, sind nach dem 1. Januar bis zum 31. März einschließlich 30+28+31, d. i. 89 Tage, verflossen; der Rest der Wartezeit mit 91 Tagen fällt in die Zeit vom 15. Juli bis 12. Oktober; der 15. Juli, der Tag des neuerlichen Beginns der Mitgliedschaft wird in die Frist mit eingerechnet; § 124 kommt mit Bezug auf diesen Tag nicht mehr zur Anwendung.

3. Die Satzung kann auch für die unständig Beschäftigten und die Hausgewerbtreibenden nach § 451 und § 487 RVO. bestimmen, daß der Anspruch auf die Kassenleistungen erst nach Ablauf einer Wartezeit von höchstens sechs Wochen entsteht. Liegt eine frühere Kassenmitgliedschaft bei derselben Kasse nicht länger als sechsundzwanzig Wochen zurück, so wird ihre Dauer auf die Wartezeit angerechnet. Die Wartezeit braucht also hier nicht zusammenzuhängen, sie beträgt, ausschließlich des Tages, an dem der Beitritt zur Kasse erfolgt, 42 Tage. Zwischen diesen 42 Tagen dürfen Unterbrechungen der Kassenmitgliedschaft in der Gesamtdauer von 26 Wochen, d. i. 182 Tagen, stattgefunden haben. In diesem Zeitraume von 182 Tagen wird auch der erste Tag der (erstmaligen) Unterbrechung mit eingerechnet; § 124 RVO. findet hier keine Anwendung.

4. Nach § 188 RVO. kann die Satzung für Versicherte, die auf Grund der Reichsversicherung oder aus einer knappschaftlichen Krankenkasse oder aus einer Ersatzkasse binnen zwölf Monaten bereits für sechsundzwanzig Wochen hintereinander oder insgesamt Krankengeld oder die Ersatzleistungen dafür bezogen haben, in einem neuen Versicherungsfalle, der im Laufe der nächsten zwölf Monate eintritt, die Krankenhilfe auf die Regelleistungen und auf die Gesamtdauer von dreizehn Wochen beschränken, vorausgesetzt, daß die Krankenhilfe durch dieselbe nicht gehobene Krankheitsursache veranlaßt wird.

Die Anwendung der Bestimmungen über die Fristen dürfte hier wenig Schwierigkeiten bieten. Die zwölf Monate werden vorwärts und rückwärts vom Tage des letzten Krankengeldbezugs vor dem neuen Versicherungsfall angerechnet. Dies ist allerdings nicht unbestritten. Die Berechnung der Frist bleibt indessen die gleiche, auch wenn ein anderer Tag als Ausgangspunkt derselben gewählt wird. Fällt dieser Tag z. B. auf den 31. Juli 1915, so muß in der Zeit zwischen dem 31. Juli 1914 — diesen Tag miteingerechnet — und dem 31. Juli 1915 einschließlich für insgesamt sechsundzwanzig Wochen oder 182 Tage Krankengeld gewährt worden sind, wenn eine Einschränkung der Kassenleistungen auf Grund des § 188 eintreten soll. Andererseits kann die Einschränkung eintreten für alle Krankheitsfälle aus der gleichen Krankheitsursache, die in der Zeit zwischen dem 15. Juli 1915 und dem 15. Juli 1916 einschließlich auftreten. Also auch, wenn die Krankheit am 15. Juli 1916 auftritt, bleibt der Erkrankte auf die Regelleistungen in der Gesamtdauer von nur dreizehn Wochen beschränkt.

5. Nach § 214 RVO. haben Versicherte, die wegen Erwerbslosigkeit aus der Kasse ausscheiden und in den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens sechsundzwanzig Wochen oder unmittelbar vorher mindestens sechs Wochen versichert waren, Anspruch auf die Regelleistungen der Kasse, wenn der Versicherungsfall während der Erwerbslosigkeit und binnen drei Wochen nach dem Ausscheiden

Digitized by Google

eintritt. Scheidet ein Versicherter am 15. Juli 1914 wegen Erwerbslosigkeit aus der Kasse aus, so muß er im Hinblick auf §§ 124 und 125 RVO. entweder in der Zeit zwischen dem 15. Juli 1913 einschließlich und dem 15. Juli 1914 insgesamt mindestens sechsundzwanzig Wochen oder 182 Tage oder in der Zeit zwischen Mittwoch, den 3. Juni einschließlich und Mittwoch, den 15. Juli 1915 ununterbrochen versichert gewesen sein, um einen Anspruch aus § 214 RVO. erheben zu können. Er kann einen solchen Anspruch nur erheben, wenn die Krankheit spätestens am Mittwoch, den 5. August eintritt.

Die Vorentscheidung im Beschlußverfahren der Versicherungsämter.

Eine Replik.

Von Magistratssyndikus **Helms** in **Kiel**.

Die Ausführungen, die Herr Oberregierungsrat Kobler in Heft 18 dieser Zeitschrift zu dem obigen Thema macht, sind m. E. als zutreffend nicht anzuerkennen. Zuzugeben ist ohne weiteres, daß die Vorentscheidung nicht dazu führen darf, die Beisitzer überhaupt auszuschalten. Das Reichsversicherungsamt hat einem solchen Mißbrauch bereits dadurch in erheblichem Maße einen Riegel vorgeschoben, daß es Vorentscheidungen nach erfolgter Beweisaufnahme für unzulässig erklärt, weil die Würdigung des Beweisergebnisses dem vollbesetzten Gericht vorbehalten sei (Grundsätzl. Entsch. Nr. 1833 Amtl. Nachr. 1914 S. 499), ein Grundsatz, der gewiß Billigung verdient. Darüber hinaus ist es in Spruch- wie in Beschlußsachen m. E. Taktfrage, in welchen Fällen der Vorsitzende von der Vorentscheidung Gebrauch machen will; nicht nur einfache klare Fälle eignen sich m. E. dafür, wie z. B. die meist rein formellen und unter den Beteiligten gar nicht streitigen Fälle der Befreiung nach § 1240 RVO. — warum gerade sie, und nicht die vielfach gerade in tatsächlicher Hinsicht schwierigen Fälle des § 1459 dem Beschlußausschuß zugewiesen worden sind, ist schwer zu verstehen! — sondern auch solche Fälle, in denen es lediglich eine verwickelte, den Laienbeisitzern doch nicht recht zugängliche Rechtsfrage zu lösen gilt. Das gilt für Beschlußsachen genau so wie für Spruchsachen; hier wie dort ist der Vorsitzende formell in „allen Sachen" zur Vorentscheidung befugt.

Man kann freilich zweifeln, ob die Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter überhaupt befugt war, in Beschlußsachen die Vorentscheidung zuzulassen. Immerhin ist wohl anzuerkennen — und auch Kobler tut das — daß die Ermächtigung des § 35 Abs. 2 RVO. die Vorschrift des § 60 Vdg. wenigstens insoweit deckt, als eine Vorentscheidung auch in Beschlußsachen als zulässig erscheint. Dann ist aber kein triftiger Grund einzusehen, warum gegen diese Vorentscheidung nicht auch, wie § 60 Vdg. es durch Bezugnahme auf § 1658 RVO. vorsieht, der doppelte Rechtsbehelf zulässig sein soll. Insbesondere fehlt der Nachweis dafür, daß § 1781 Abs. 1 Satz 1 eine größere Tragweite haben soll, als es die einzelnen Vorschriften haben, die eine Sache dem Spruchausschuß zuweisen, insbesondere §§ 1636, 1772, die doch eben auch nur unter Vorbehalt des Vorentscheidungsrechts des Vorsitzenden zu verstehen sind. Freilich ist es ja hier das Gesetz selbst, das die Ausnahmen schafft, aber es fehlt ein innerer Grund dafür, daß im Beschlußverfahren nicht zulässig sein sollte, was im Spruchverfahren ausdrücklich zugelassen ist. Auch die Bedeutung der Beschlußsachen rechtfertigt das nicht, sind doch dem Beschlußausschuß z. T. Sachen von wesentlich formaler (§ 1240) oder von recht untergeordneter (§ 405 Abs. 1) Bedeutung zugewiesen, während ihm wichtigere und für die Behandlung mit Beisitzern nicht ungeeignete Sachen (§§ 418, 435, 1459) vorenthalten und von vornherein dem Vorsitzen-

Digitized by Google

den zugewiesen sind. Eben der Umstand, daß in Beschlußsachen von vornherein die funktionelle Zuständigkeit zwiespältig ist, während in Spruchsachen überall mit der einen Ausnahme des § 1661 der Spruchausschuß zuständig ist — auch die Vorentscheidung nach § 1657 trifft ja gerade Fälle, in denen an sich der Ausschuß zuständig ist und mit denen er auch trotz der Vorentscheidung durch Antrag auf mündliche Verhandlung befaßt werden kann — gibt ja die Grundlage ab für die Regel des § 1781: in Beschlußsachen entscheidet in den gesetzlich bestimmten Fällen der Beschlußausschuß, in den übrigen der Vorsitzende allein. Gerade in Beschlußsachen ist also die Zuständigkeit des Vorsitzenden nicht bloß Ausnahme von der Regel, sondern eher umgekehrt selbst die Regel, von der das Gesetz die einzelnen, allerdings zahlreichen und z. T. wichtigen, Ausnahmen bestimmt. Es fehlt mithin an jedem Grund, hier die Befugnisse des Vorsitzenden irgend enger zu bemessen, als dort; daß die Vorentscheidung im Beschlußverfahren nicht im Gesetz selbst erwähnt ist, besagt bei der knappen Regelung, die dieses Verfahren im Gegensatz zum Spruchverfahren im Gesetz gefunden hat, recht wenig. Endlich ist es doch nur sehr zum Teil richtig, wenn Kobler meint, der Beschlußausschuß würde ausgeschaltet, wenn gegen die Vorentscheidung in Beschlußsachen auch das ordentliche Rechtsmittel zugelassen würde; steht es doch im Belieben des durch die Vorentscheidung Beschwerten, statt des Rechtsmittels den Antrag auf Entscheidung durch Ausschuß zu stellen; greift er statt dessen zum Rechtsmittel, so scheidet allerdings der Ausschuß aus, aber doch lediglich mit dem Willen dessen, der an einer Entscheidung durch ihn vielleicht ein Interesse hätte. Häufig wird die Sache aber so liegen, daß ihm eben nur daran gelegen ist, eine grundsätzliche Entscheidung höherer Instanz herbeizuführen; in solchen Fällen ist es wirklich nur eine Vereinfachung der Sache, wenn der Ausschuß übersprungen wird. Es ist doch recht beachtlich, daß das Gesetz selbst in den Spruchsachen außerhalb des Feststellungsverfahrens, die sich wegen ihres mehr formell-juristischen Charakters häufig recht gut zur Vorentscheidung eignen, gegen diese nur das Rechtsmittel zuläßt (§ 1776). Endlich sei noch darauf hingewiesen, daß auch in der Berufungsinstanz in revisiblen Spruchsachen gegen Vorentscheidungen beide Rechtsbehelfe, Antrag und Revision, gegeben sind (vgl. § 1692 Abs. 2 und dazu die vom großen Senat gefällte grundsätzliche Entscheidung Nr. 2685 Amtl. Nachr. 1914 S. 319), was bei der beschränkten Nachprüfung, die sich mit der Revision erreichen läßt (§ 1697), viel eher als bedenklich gelten könnte. Für die Beschlußsachen bei Vorentscheidung das Rechtsmittel neben dem Antrag auszuschalten, dafür liegen nach allem m. E. weder praktisch noch rechtlich zureichende, geschweige denn zwingende Gründe vor. Daß von der Vorentscheidung maßvoll Gebrauch zu machen ist, darin bin ich allerdings mit Kobler ganz einer Meinung; das gilt aber für Spruchsachen genau so gut, wie für Beschlußsachen.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Wahlvorschläge, die weniger Personen benennen als zu wählen sind, gelten.

Entsch. des Reichsversicherungsamts v. 18. April 1914.

Es ist zunächst als zulässig zu erachten und widerspricht auch nicht den Bestimmungen der für die Kasse geltenden Wahlordnung, daß ein einzelner Wahlvorschlag nicht so viele Bewerber benennt, als Personen zu wählen sind. Wenn eine Partei, die einen Wahlvorschlag einreicht, sich von vornherein dessen bescheidet, daß sie nur einen Teil der zu wählenden Vertreter aus ihrem Wahlvorschlage durchzubringen in der Lage ist, so steht es ihr frei, die Zahl der auf dem Wahlvorschlage zu benennenden Bewerber ent-

Digitized by Google

sprechend zu beschränken. Dieser, schon für das bisherige Recht geltende Grundsatz (zu vgl. Entsch. des preuß. Oberverwaltungsgerichts, III. Senats, vom 9. Oktober 1913 — III C 147/12 —, abgedruckt im Preuß. Verwaltungsblatte, Jahrg. XXXV Nr. 27 S. 481) kommt auch in der aus der Musterwahlordnung übernommenen Bestimmung des § 16 Abs. 3 der Wahlordnung für die Allgemeine Ortskrankenkasse J. zum Ausdruck, woselbst der Fall geregelt ist, daß ein Wahlvorschlag weniger Bewerber enthält, als Stimmen auf ihn entfallen. Der zweite Wahlvorschlag ist daher rechtsgültig. Der Umstand, daß er weniger Bewerber benennt, als zu wählen sind, beeinträchtigt aber an sich auch nicht die Stimmkraft der auf ihn abgegebenen Stimmzettel. Die Ermittlung des Wahlergebnisses erfolgt nach § 14 der Wahlordnung in der Weise, daß die „für jeden Wahlvorschlag" abgegebenen Stimmen berechnet und die Anzahl der nach dem Verhältnis der Stimmenzahlen „jedem Wahlvorschlage" zugefallenen Bewerber ermittelt wird, wobei nach § 15 der Wahlordnung die „auf jeden Wahlvorschlag" entfallenen Stimmen — nicht also die Stimmen für die einzelnen in ihm benannten Bewerber — zusammengezählt werden. Entsprechend diesen Bestimmungen der Wahlordnung und in Anwendung der im § 16 daselbst für die Verteilung der Stellen auf die Wahlvorschläge vorgesehenen Verfahren sind bei der Wahl der Vertreter im Vorstand aus der Gruppe der Arbeitnehmer fünf Bewerber aus dem ersten und ein Bewerber aus dem zweiten Wahlvorschlag als gewählt zu betrachten.

Die Wählerliste als Grundlage des Wahlverfahrens.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 25. April 1914.

Es kann dahingestellt bleiben, ob die bei der Firma H. beschäftigten Personen, die den Wahlvorschlag 3a mitunterzeichnet hatten, seit dem 1. Januar 1914 bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse des Kreises H. oder bei der Handwerker-Ortskrankenkasse H. zu versichern waren. Mag auch letzteres zutreffen und somit den bezeichneten Personen nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung kein Wahlrecht zum Ausschuß der ersteren Kasse zugestanden haben (zu vgl. § 333 Abs. 1), so konnte dies doch durch den Einspruch vom 6. September 1913 nicht mehr mit Wirkung für den Wahlvorschlag gerügt werden. Die genannten Personen waren sämtlich in die Wählerliste eingetragen, die das Versicherungsamt aufzustellen hatte (zu vgl. Abs. 1 Nr. 1 der Bekanntm. des Reichskanzlers vom 11. Juli 1913, betreffend Uebergangsbestimmungen zur Reichsversicherungsordnung, Amtl. Nachr. 1913 S. 551). Einsprüche gegen die Richtigkeit der Wählerliste, welche nach § 5 Abs. 2 der Wahlordnung der Kasse von jedem Wahlberechtigten eingesehen werden kann, sind nach einer weiteren Bestimmung des § 5 Abs. 2 bei Vermeidung des Ausschlusses spätestens vier Wochen vor dem Wahltag bei dem Vorstand einzulegen. Für die Erhebung der Einsprüche gilt somit die gleiche Frist wie nach § 5 Abs. 1 a. a. O. für die Einreichung der Wahlvorschläge. Wird ein Einspruch eingelegt, so hat über ihn nach § 6 a. a. O. der Vorstand mit tunlichster Beschleunigung zu entscheiden. Wird der Einspruch für begründet erachtet, ist die Wählerliste entsprechend zu berichtigen; die Entscheidung kann nur mit einer Anfechtung der Wahl im ganzen angefochten werden (§ 6 a. a. O.). Wird die Wählerliste nicht rechtzeitig angefochten, so sind die in ihr eingetragenen Personen auf Grund der Eintragung vorläufig zur Ausübung des Wahlrechts legitimiert. Ergibt sich nachträglich, daß sie gleichwohl nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung nicht wahlberechtigt sind, so wird dadurch die Gültigkeit eines im übrigen ordnungsmäßig unterzeichneten Wahlvorschlags nicht berührt. Nach der ständigen Rechtsprechung des Königlich Preußischen Oberverwaltungsgerichts scheiden aus dem Wahlanfechtungsverfahren alle Einwendungen aus, die sich auf die Wählerliste beziehen und im Listenberichtigungsverfahren zu erledigen sind (zu vgl. Entsch. des Oberverwaltungsgerichts 22 S. 18, 27 S. 17, 24, 63 S. 20). Wie das genannte Gericht annimmt, bildet eine nicht rechtzeitig angefochtene Wählerliste ohne Rücksicht auf ihre materielle Richtigkeit oder Unrichtigkeit die rechtliche Grundlage für die Wahl, so daß die in Uebereinstimmung mit der Liste vollzogene Wahl nicht als auf unrichtige Grundlage erfolgt angesehen werden kann (zu vgl. Entsch. 27 S. 17). Diese Grundsätze beruhen darauf, daß nach den maßgeblichen gesetzlichen Vorschriften Einwendungen gegen die Richtigkeit der Wählerliste nur innerhalb einer bestimmten Frist erhoben werden dürfen, und daß für die Erledigung der Einsprüche ein besonderes Verfahren vorgesehen ist (zu vgl. Entsch. 27 S. 17, 63 S. 20). Aehnliche Bestimmungen sind vorliegend in den bezeichneten § 5 Abs. 2, § 6 der Wahlordnung der Kasse getroffen. Es unterliegt daher keinem Bedenken, die von dem Königlich Preußischen Oberverwaltungsgericht ausgesprochenen Grundsätze auf das Verfahren bei Prüfung und Zulassung von Wahlvorschlägen (§ 8 der Wahlordnung der Kasse) entsprechend anzuwenden. Das ist auch schon im Interesse einer möglichsten Beschleunigung des Wahlverfahrens zweckmäßig, da sich alsdann nicht

Digitized by Google

selten schwierige und zeitraubende Ermittlungen über die Wahlberechtigung der Unterzeichner von Wahlvorschlägen erübrigen werden. Die dargelegte Auffassung erscheint auch nicht unbillig, weil jeder Wahlberechtigte die Wählerliste einsehen und somit Einwendungen gegen ihre Richtigkeit rechtzeitig vorbringen kann. Dabei kann dahingestellt bleiben, welche Bedeutung eine nicht rechtzeitig angefochtene Eintragung in die Wählerliste für die eigentliche Ausübung des Wahlrechts, d. h. die Abgabe der Stimme, hat (zu vgl. hierüber Entsch. des Reichsgerichts in Straff. 21, S. 414, 37 S. 234, 239, 297, 380 sowie Archiv für öffentl. Recht 20 S. 285 ff. und Laband, Das Staatsrecht des Deutschen Reichs, 5. Aufl. I S. 335).

B. Zur Krankenversicherung.

Zahntechniker und Krankenkassen.

Erlaß des preuß. Ministers des Innern v. 15. Juni 1914 (HMBl. S. 339).

Die Reichsversicherungsordnung geht in § 122 davon aus, daß die Behandlung zahnkranker Versicherter durch approbierte Zahnärzte die Regel bildet. Die Ausnahmen von dieser Regel ergeben sich aus § 123 (Satz 1) a. a. O. und aus Ziff. 2 des Runderlasses v. 2. Dezember 1913 (MBl. f. d. Med.Ang. S. 372)*). Nach Beschwerden, die mir aus Kreisen der Zahnärzte zugegangen sind, scheint es, als wenn § 12 Satz 1 RVO. bisweilen dahin ausgelegt würde, daß auch dort, wo die Voraussetzung der Ziff. 2 des vorgenannten Runderlasses nicht vorliegt, wo insbesondere die Zahl der vorhandenen Zahnärzte für die zahnärztliche Versorgung der Kassenmitglieder ausreicht, Zahntechniker zur Behandlung der Kassenmitglieder zugelassen werden müßten. Eine solche Auslegung steht mit der Reichsversicherungsordnung nicht im Einklang; ich ersuche daher im Einvernehmen mit dem Herrn Minister für Handel und Gewerbe, ihr nötigenfalls entgegenzutreten.

Wahlen für die Versicherungsbehörden und Versicherungsträger.

Erlaß des preuß. Ministers für Handel und Gewerbe v. 6. Juli 1914 (HMBl. S. 416).

Mit allem Nachdrucke muß dahin gestrebt werden, die nach der Reichsversicherungsordnung erforderlichen Wahlen sämtlich bis zum Ende dieses Jahres durchzuführen, weil nach Art. 4 Abs. 2 EG. z. RVO. eine weitere Erstreckung der Amtsdauer der nichtständigen Mitglieder des Reichsversicherungsamts und der Vertreter bei den anderen Versicherungsbehörden über den 31. Dezember 1914 hinaus nicht mehr zulässig ist. Die einzelnen Wahlen haben daher innerhalb der von mir vorgeschriebenen Zeitabschnitte ohne Rücksicht darauf stattzufinden, ob die vorhergehenden Wahlen schon vollständig abgeschlossen sind. Danach ist es nicht erforderlich, daß zur Zeit des Wahlausschreibens schon alle Wahlberechtigten vorhanden sind. Zur Zeit der Wahl selbst müssen grundsätzlich allerdings alle Wahlberechtigten gewählt sein; jedoch hindert es die Vornahme der neuen Wahl nicht, wenn vereinzelte Wahlkörper um deswillen bei der Wahl nicht mitwirken, weil ihre Vertreter noch nicht gewählt sind. Für die Wahlen der Beisitzer der Versicherungsämter ist es also kein Hindernis, wenn die Mitglieder einzelner Vorstände von Krankenkassen noch nicht gewählt sind. Das gleiche gilt, wenn aus dem gleichen Grunde bei der Wahl der Beisitzer zu den Oberversicherungsämtern einige Versicherungsämter nicht vertreten sind. Gehören z. B. zu einem Oberversicherungsamt 30 Versicherungsämter, so würde die Wahl zum Oberversicherungsamt stattfinden können, wenn etwa bei 28 Versicherungsämtern die Wahlen gültig und bei 2 angefochten sind. Die Frage, wieweit eine Ausschaltung von Wahlkörpern zugelassen werden kann, ohne die Gültigkeit der Wahl in Frage zu stellen, hat in erster Linie der Wahlleiter zu entscheiden, ohne an das in dem Beispiel angeführte Zahlenverhältnis gebunden zu sein.

Wenn eine rechtzeitige Durchführung der Wahl sonst nicht möglich ist, kann der Wahlleiter unter Umständen an Stelle der auf Grund der Reichsversicherungsordnung gewählten Vertreter die alten Mitglieder der Wahlkörper zur Ausübung des Wahlrechts heranziehen (vgl. § 16 RVO.). Dies ist unbedenklich bezüglich der Arbeitgebervertreter im Ausschuß der Versicherungsanstalten für die Wahlen zum Reichsversicherungsamt und zum Oberversicherungsamt, weil für diese keine Verhältniswahlen vorgeschrieben sind (vgl. § 78 Abs. 2, § 88 RVO.). Ferner können bei Krankenkassen, welche noch keinen neuen Vorstand haben, die alten Vorstandsmitglieder zur Wahl der Beisitzer des Versicherungsamts zugelassen werden. Dagegen ist davon abzusehen, für die Wahl der Versichertenbeisitzer beim Oberversicherungsamt die alten Vertreter der Versicherten bei der unteren Verwaltungsbehörde an Stelle der nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung gewählten Versichertenbeisitzer beim Versicherungsamt heranzuziehen.

*) HMBl. S. 638, Arb.-Vers. 1914 S. 38.

Digitized by Google

Für den äußersten Notfall, d. h. wenn die Wahlen auch bei Anwendung der bisher angegebenen Mittel und bei möglichster Kürzung der Fristen nicht rechtzeitig zum Abschluß gebracht werden können, kommt noch in Betracht, daß das Versicherungsamt bei neuerrichteten allgemeinen Ortskrankenkassen selbst oder durch Beauftragte die Wahl ausüben kann, falls die Vertreter im Ausschuß oder die Vorstandsmitglieder noch nicht gewählt sind (vgl. Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 11. Juli 1913, RGBl. S. 577). Im übrigen bietet § 50 RVO., wonach der Vorsitzende des Versicherungsamts, solange und soweit keine Wahl zustande kommt, Vertreter aus der Zahl der Wählbaren berufen kann, eine Handhabe. Diese Vorschrift gilt nach § 76 RVO. auch für die Oberversicherungsämter und nach § 95 a. a. O. für das Reichsversicherungsamt. Bevor jedoch von den in diesem Absatz erwähnten Möglichkeiten Gebrauch gemacht wird, ist mir zu berichten.

Ist eine Wahl für ungültig erklärt, so ist zu verfahren, als ob Wahlen nicht stattgefunden hätten, d. h. entweder hat der Wahlkörper bei der Wahl nicht mitzuwirken, oder die alten Mitglieder der Organe sind zur Wahl zuzulassen. Wird die Wahl des Krankenkassenausschusses erst für ungültig erklärt, nachdem die Vorstandswahl stattgefunden hat, so bleiben die von diesem Ausschuß gewählten Vorstandsmitglieder wahlberechtigt, es sei denn, daß auch die Wahl des Vorstandes formell angefochten und der Anfechtung stattgegeben worden ist.

Danach ergibt sich für die praktische Regelung folgendes:

1. Damit die Wahlen zum Reichsversicherungsamt rechtzeitig erledigt werden können, müssen die Versichertenbeisitzer bei den Oberversicherungsämtern und die Arbeitgebermitglieder in den Ausschüssen der Versicherungsanstalten am 1. Oktober 1914 vorhanden sein. Das Reichsversicherungsamt wird durch seine Wahlordnung für diese Wahlberechtigten den Grundsatz der formellen Legitimation vorschreiben, so daß sie sofort nach ihrer Wahl wahlberechtigt sind, auch wenn die Einspruchsfrist noch nicht abgelaufen oder die Wahl zwar angefochten, aber noch nicht rechtskräftig für ungültig erklärt ist. Die Vorschrift der Nr. 27 Abs. 2 der Musterwahlordnung für die Wahl der Versichertenbeisitzer beim Oberversicherungsamt bezieht sich nicht auf die Ausübung von Wahlrechten.
2. Die Oberversicherungsämter haben sofort nach Feststellung des Ergebnisses der Wahl der Versichertenbeisitzer beim Oberversicherungsamt, also ohne den Ablauf der Anfechtungsfrist usw. abzuwarten, dem Reichsversicherungsamt Name und Wohnort der Gewählten mitzuteilen und gegebenenfalls später sofort die Namen derjenigen anzuzeigen, deren Wahl rechtskräftig für ungültig erklärt ist.
3. Da die Versichertenbeisitzer bei den Oberversicherungsämtern am 1. Oktober 1914 gewählt sein müssen, sind die Wahlen hierzu, soweit es nicht schon geschehen ist, sofort zu veranlassen. Hierbei ist folgendes zu beachten:
   a) Wo die Wahlen zu den Versicherungsämtern bereits in der Hauptsache erledigt sind, können die Wahlen zu den Oberversicherungsämtern sofort stattfinden, wenngleich die Vertreter von einzelnen wahlberechtigten Versicherungsämtern noch nicht gewählt sind.
   b) Wo die Wahlen zu besonders wichtigen Versicherungsämtern noch ausstehen, können mit meiner Zustimmung nach den §§ 76, 50 Abs. 2 RVO. aus der Zahl der Wählbaren Vertreter ernannt werden.
4. In gleicher Weise (3 a bis b) ist zu verfahren bei den Wahlen zu den Ausschüssen der Versicherungsanstalten. Die Versichertenmitglieder im Ausschuß nehmen an weiteren Wahlen nicht teil, sollen aber zum 1. Oktober 1914 vorhanden sein. Dagegen wirken die Arbeitgebermitglieder nach § 89 RVO. bei den Wahlen der nichtständigen Mitglieder des Reichsversicherungsamts mit und müssen daher jedenfalls bis zum 1. Oktober 1914 gewählt sein. Nötigenfalls sind die Wahlen der Versicherten- und der Arbeitgeber-Mitglieder getrennt vorzunehmen.
5. Die Wahlen zu beiden Organen der Krankenkassen müssen bereits jetzt bis auf wenige Ausnahmen überall erledigt und jedenfalls vor dem 31. Dezember 1914 völlig durchgeführt sein.
   a) Wo der Vorstand einer Krankenkasse noch nicht gewählt ist, finden die Wahlen zu den Versicherungsämtern sofort statt, wenngleich die Vorstandsmitglieder einzelner wahlberechtigter Krankenkassen noch nicht gewählt sind.
   b) Wo die Vorstände von wichtigen Krankenkassen noch nicht gewählt sind, kann bei neuerrichteten Ortskrankenkassen mit meiner Zustimmung nach der angeführten Bekanntmachung vom 11. Juli 1913 verfahren werden.
6. Ist ausnahmsweise auch der Ausschuß bei einer Krankenkasse noch nicht gewählt, so gilt das zu 5 b Gesagte.
7. Wo diese Mittel zur fristmäßigen Durchführung der Wahlen nicht ausreichen, ermächtige ich die Behörden, welche die Wahlordnungen erlassen haben, die Fristen innerhalb der einzelnen Wahlordnungen abzukürzen.

Die vorstehenden Grundsätze entsprechen der Auffassung des Herrn Reichskanzlers (Reichsamt

Digitized by Google

des Innern) und es besteht Grund zu der Annahme, daß auch das Reichsversicherungsamt, soweit es zu einer Entscheidung über diese Frage berufen ist, den Grundsätzen nicht entgegentreten wird. Ich gebe mich daher, ohne der instanziellen Entscheidung der Wahlleiter, der Wahlvorstände und der zur Entscheidung über die Gültigkeit der Wahlen berufenen Versicherungsbehörden vorzugreifen, der bestimmten Erwartung hin, daß die Wahlen rechtzeitig durchgeführt werden. Sobald sich erhebliche Stockungen ergeben, welche die Innehaltung der gestellten Fristen gefährden, ist mir sofort zu berichten.

Kassenvereinigungen.

Erlaß der preuß. Minister für Handel usw. und für Landwirtschaft usw. v. 25. Juni 1914. (HMBl. S. 339).

Vertreter von Krankenkassen, die nicht Mitglieder der Kassenvereinigung sind, dürfen auch zu informatorischen Zwecken zu Versammlungen der Kassenvereinigung nicht zugelassen werden. An den Verhandlungen dürfen, abgesehen von Vertretern der Behörden und sonstigen Ehrengästen, nur solche Personen teilnehmen, die als Vertreter einer zur Kassenvereinigung gehörenden Krankenkasse vom Vorstand in der vorgeschriebenen Form bezeichnet worden sind.

Ist die Versicherungsberechtigung derjenigen erloschen, die schon vor dem 1. Januar 1914 mehr als 4000 M. bezogen?

Entsch. des Reichsversicherungsamts v. 23. Mai 1914 — II K. 443/14.

Das Reichsversicherungsamt ist mit dieser Frage auf Grund des § 1799 befaßt worden, und hat sie, wie wir bereits vorläufig mitgeteilt haben, bejaht. Wir verweisen auf die S. 408 angeführten Stellen, an denen wir Ausführungen über die Frage gebracht haben, und teilen im folgenden die Gründe der Entscheidung mit:

Die Mitteilung des Vorstandes nach § 314 Abs. 2 RVO. (§ 4 Abs. 2 der Kassensatzung) besteht dann zu Recht, wenn die Versicherungsberechtigung des K. erloschen ist. Ob dies der Fall, ist nicht auf Grund des § 314 Abs. 2, sondern auf Grund des § 178 RVO. zu entscheiden. Denn § 314 Abs. 2 schafft keinen selbständigen neuen Grund für das Erlöschen der Versicherungsberechtigung. Vielmehr ist er nur eine Folge des in zweiter Lesung des Entwurfs angenommenen § 178 und dient in erster Reihe zu seiner „Durchführung" (zu vgl. Kommissionsbericht II S. 49). Dabei bringt er allerdings gleichzeitig zum Ausdruck, daß die Höchstgrenze von 4000 M. auch für die freiwillige Fortsetzung der Versicherung gilt (S. 198).

§ 178 RVO., auf dessen Bedeutung und Tragweite es hiernach in erster Reihe ankommt, verdankt seine Entstehung zwei bei der zweiten Lesung des Entwurfs angenommenen Anträgen. Der erste ging dahin, hinter § 192 des Entwurfs (dem späteren § 178 RVO.) einzufügen: „Die Versicherungsberechtigung erlischt in allen Fällen, wenn das regelmäßige jährliche Gesamteinkommen 5000 M. übersteigt", der zweite wollte an Stelle der vorgenannten „5000" M. setzen „4000". Zur Begründung des ersten Antrags wurde ausgeführt, es sei besonders aus ärztlichen Kreisen nicht mit Unrecht darüber geklagt worden, daß Personen mit sehr hohem Einkommen, die früher versicherungspflichtig gewesen seien, von dem Rechte der freiwilligen Fortversicherung Gebrauch machten. Solchem Mißbrauch der Zwangskassen solle der Antrag begegnen." Dabei ist zu beachten, daß unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes versicherungspflichtige Personen bei Ueberschreiten der dort festgesetzten Einkommensgrenze von 2000 M. (zu vgl. §§ 4, 19, 63 KVG.) als zur freiwilligen Fortsetzung der Versicherung berechtigt angesehen wurden ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Einkommens (zu vgl. Entsch. d. Königl. Preuß. Oberverwaltungsgerichts v. 7. November 1907, Bd. 51 S. 344). Diese weitgehende Befugnis will § 178 RVO. einschränken. Er läßt zwar die freiwillige Fortsetzung der Versicherung (§ 313 RVO.) auch beim Ueberschreiten der auf 2500 M. erweiterten Einkommensgrenze für den Beitritt zur Versicherungsberechtigung zu. Aber nicht mehr unbeschränkt, sondern nur bis zur Einkommensgrenze von 4000 M. (zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenversicherung Anm. 5 zu § 178 RVO. am Ende). Daraus folgt jedenfalls, daß Personen, die unter der Herrschaft der Reichsversicherungsordnung in ein freiwilliges Versicherungsverhältnis zu der Kasse getreten sind, die Versicherungsberechtigung dann verlieren, wenn ihr Einkommen 4000 M. übersteigt. Es bleibt aber zu prüfen, welche Bewandtnis § 178 a. a. O. für freiwillige Versicherungsverhältnisse hat, die, wie vorliegend, schon vor dem 1. Januar 1914 begründet waren. Damit ist über die Frage der zeitlichen Geltung des § 178 a. a. O. oder, mit anderen Worten, darüber zu entscheiden, ob und wieweit der neuen Vorschrift rückwirkende Kraft beizulegen ist. Die Rückwirkung neuer Vorschriften auf früher entstandene Rechte und Rechtsverhältnisse hat der Erweiterte Senat des Reichsversicherungsamts in der Rekursentsch. 1875 (Amtl. Nachr. 1901 S. 551) eingehend behandelt. Von den dort ausgesprochenen Grundsätzen wird im wesentlichen bei Entscheidung der vorliegenden Frage auszugehen sein (zu vgl. auch v. Staudinger, Komm. z. BGB. Bd. VI Abschn. 4, Vorbem. S. 378 bis 384). Maßgebend ist hiernach der Wille des Ge-

Digitized by Google

setzgebers. Er ist, da eine ausdrückliche Vorschrift, insbesondere eine allgemeine Uebergangsvorschrift, fehlt, im Wege der Gesetzesauslegung festzustellen. Dabei gilt, daß der Wille, bestehende Rechte umzugestalten oder aufzuheben, sich auch stillschweigend aus Zweck, Entstehungsgeschichte und Ausgestaltung der einzelnen Vorschrift ergeben kann (Entsch. des Reichsgerichts Bd. 40 Nr. 24 S. 99 und Bd. 43 Nr. 5 S. 25, vgl. auch Rekursentsch. 1927, Amtl. Nachr. 1902 S. 372). Welches Ziel § 178 RVO. verfolgt, ergibt seine Entstehungsgeschichte. Er bezweckt, wie schon angedeutet, berechtigten wirtschaftlichen Interessen der Aerzte Rechnung zu tragen. Als „Mißbrauch der Zwangskassen" wurde es empfunden, daß wohlhabende Personen als Kassenpatienten behandelt würden. Ein Vertreter der verbündeten Regierungen führte in der Kommissionsberatung aus, daß bei den Besprechungen über den Entwurf der Reichsversicherungsordnung selbst die Vertreter des Leipziger Aerzteverbandes die Einführung einer Grenze für die Versicherungsberechtigung als noch wichtiger für den ärztlichen Stand erklärt hätten, als die Einführung der freien Arztwahl. Aus diesem Grunde entschloß man sich, die Vorteile der freiwilligen Krankenversicherung Gruppen von Personen zu entziehen, die ihrer nicht in dem gleichen Maße bedürftig erschienen, wie andere durchschnittlich minderbemittelte Klassen der Bevölkerung. Es handelt sich also nach der Entstehungsgeschichte um eine wirtschaftliche Maßnahme, durch die den ärztlichen Stand schädigende Auswüchse der Versicherungsberechtigung beseitigt werden sollten. Diesem für die neue Vorschrift leitenden Gesichtspunkt entsprechend wird es auch als in der Absicht des Gesetzgebers liegend angenommen werden müssen, die neue Vorschrift alsbald nach ihrem Inkrafttreten allgemein zur Geltung kommen zu lassen. Wollte man sie auf bestehende Versicherungsberechtigungen der in Frage stehenden Art nicht anwenden, so würde der vom Gesetzgeber als unbillig anerkannte Zustand in zahlreichen Fällen, insbesondere bei Personen, die schon vor dem 1. Januar 1914 ein Gesamteinkommen von mehr als 4000 M. erreicht hatten, noch längere Zeit fortgeführt werden. Die einzelnen bereits unter der Herrschaft des früheren Rechts auf Grund der Versicherungsberechtigung erwachsenen Unterstützungsansprüche sollten allerdings nicht beseitigt werden. Eine solche Rückwirkung (Rückwirkung im eigentlichen Sinne) hat der Gesetzgeber nicht gewollt. Aber eine Rückwirkung schwächeren Grades in dem oben erörterten Umfang hat er beabsichtigt. Das ist auch in dem Wortlaut der Vorschrift hinreichend deutlich zum Ausdruck gekommen. Denn die Versicherungsberechtigungen sollen nach § 178 a. a. O. beim Ueberschreiten der dort bezeichneten Einkommensgrenze „in allen Fällen" erlöschen. Damit werden auch die Fälle der Weiterversicherung (§ 313 a. a. O.) gedeckt. Das ergibt sich nicht nur aus § 178 a. a. O., sondern auch aus dem Wortlaut des § 314 Abs. 2 und seiner Stellung im Gesetz (vgl. Kommissionsber. II S. 198). Die Worte in § 178 a. a. O. „in allen Fällen" sind nicht notwendig nur auf den Kreis der Versicherungsberechtigten zu beziehen. Vielmehr sind sie auch zeitlich dahin zu verstehen, daß der Vorschrift nach ihrem Inkrafttreten alle diejenigen freiwillig Versicherten unterworfen werden sollen, deren Gesamteinkommen 4000 M. übersteigt (übereinstimmend Hoffmann Komm. zur KrVers. 5. Aufl. Anm. 2 zu § 178 und Anm. 6 zu § 314 RVO. S. 151 und 397). Der Beschlußsenat hat sich hiernach den gegenteiligen Ausführungen der Vorinstanzen, daß nämlich die Versicherungsberechtigung denjenigen Personen verbleibe, die schon vor dem 1. Januar 1914 die mehrerwähnte Einkommensgrenze überschritten haben (zu vgl. auch Hahn in der Arb.-Vers. 1912 Nr. 2 S. 26 bis 28 und sein Handbuch der Krankenversicherung Anm. 3 zu § 178 RVO. S. 199) mit Rücksicht auf den Wortlaut und die Absicht des Gesetzes nicht angeschlossen. Auch Erwägungen der Billigkeit sprechen gegen diese Ansicht. Sie würde dazu führen, die Vorteile der Versicherungsberechtigung solchen Personen zu erhalten, die schon längere Zeit ein höheres Einkommen beziehen und sich deshalb durchschnittlich in einer günstigeren wirtschaftlichen Lage befinden, als ihre Berufsgenossen, deren Einkommen bisher 4000 M. nicht überstieg. Ersteren würde nach dieser Ansicht die Versicherungsberechtigung erhalten bleiben, während sie den in gleicher oder schlechterer wirtschaftlicher Lage befindlichen Personen, deren Einkommen erst nach dem 1. Januar 1914 den Betrag von 4000 M. überschreitet, entzogen werden soll. Diese ungleichmäßige Behandlung von Personen, die sich in wesentlich gleichen wirtschaftlichen Verhältnissen befinden, würde als eine größere Unbilligkeit empfunden werden, als wenn bei gleichliegenden Verhältnissen frühere Versicherungsberechtigungen sofort und gleichmäßig beseitigt werden.

Ob es sich bei dem Recht auf freiwillige Fortsetzung der Versicherung oder bei der Weiterversicherung um ein kraft besonderen Erwerbsgrundes erlangtes, sogenanntes „wohlerworbenes Recht" und nicht vielmehr um eine allgemeine aus dem öffentlichen Rechte abgeleitete Berechtigung handelt (zu vgl. Hoffmann, Komm. 5. Aufl. Anm. 6 zu § 314 RVO. kann dahingestellt bleiben. Denn auch wohlerworbene Rechte können nach der herrschenden Auffassung aufgehoben werden, sofern, wie hier, der Wille des Gesetz-

Digitized by Google

gebers darauf gerichtet ist. Nimmt man aber an, daß Rechte in Frage kommen, die nach dem Willen des Gesetzes nicht beschränkt werden sollten, so müßte man folgerichtig dazu gelangen, alle vor dem 1. Januar 1914 begründeten freiwilligen Versicherungen mit den Rechtswirkungen fortbestehen zu lassen, die ihnen nach dem Krankenversicherungsgesetz zukommen. Es würde dann jedenfalls an einem inneren Grunde fehlen, nur diejenigen Versicherungsberechtigten zu schützen, deren Einkommen schon vor dem Inkrafttreten des 2. Buches der Reichsversicherungsordnung 4000 M. überstiegen hat. Denn ihr wohlerworbenes Versicherungsrecht könnte nicht stärker sein, als das derjenigen Versicherungsberechtigten, die vor dem Inkrafttreten des 2. Buches der Reichsversicherungsordnung ein Einkommen zwischen 2000 und 4000 M. gehabt haben. Alle nach dem bisherigen Rechte freiwillig Versicherten wollten aber auch das Versicherungsamt und das Oberversicherungsamt von der Anwendung des § 178 nicht ausschließen, offenbar weil dies dem Willen des Gesetzgebers nicht entsprochen haben würde. Von ihrem Standpunkte aus, der die nach dem Krankenversicherungsgesetz begründeten freiwilligen Versicherungen als wohlerworbene Rechte anerkennt, legen also auch die Vorinstanzen den § 178 in gewissem Sinne eine rückwirkende Kraft bei.

Wenn das Oberversicherungsamt zur Begründung seiner Auffassung schließlich noch auf einen Erlaß des Königlich Württembergischen Ministeriums des Innern vom 26. Januar 1893 hinweist, der die Rechtsverhältnisse der freiwillig Versicherten, deren jährliches Gesamteinkommen die Grenze von 2000 M. am 1. Januar 1893 beim Inkrafttreten der Novelle des Krankenversicherungsgesetzes vom 10. April 1892 überstiegen hat, behandelt, so sind hieraus weitere Folgerungen für den vorliegenden Fall nicht zu ziehen. Damals handelte es sich um andere Verhältnisse. Es kam nicht wie bei § 178 RVO. die Aufhebung von Versicherungsberechtigungen als solchen in Frage, sondern es wurde nur das freiwillige Beitrittsrecht zur Kasse neu geordnet. Auch der Wortlaut der damaligen neuen Vorschriften des Krankenversicherungsgesetzes legte im Gegensatz zu § 178 RVO. die Annahme nahe, daß ihnen, wie es in jenem Erlasse heißt, für den freiwilligen Beitritt zu den Kassen eine rückwirkende Anwendung auf die vor dem 1. Januar 1893 beigetretenen Personen nicht zu geben war, „da das Gesetz eine rückwirkende Kraft nicht ausüben dürfte."

Aus allen diesen Erwägungen wird man der Absicht des Gesetzes und auch der Billigkeit am meisten gerecht, wenn ein Erlöschen der Versicherungsberechtigung beim Ueberschreiten der Grenze von 4000 M. allgemein angenommen wird. Selbstverständlich darf die Mitteilung nach § 314 Abs. 2 RVO. nicht zu unbilligen oder chikanösen Maßnahmen führen. Sie wird daher regelmäßig nicht in Fällen, wo das Ueberschreiten der Einkommensgrenze zweifelhaft ist, sondern nur da zu erlassen sein, wo es klar vorliegt. Gerade in Fällen der letzteren Art sind, wie in dem Kommissionsbericht (II S. 49) hervorgehoben ist, die Vorgänge zu finden, an die die Mißstimmung über den früheren Rechtszustand angeknüpft hat.

Anmerkung.

Von Geheimem Justizrat **Hahn** in **Zehlendorf** (Berlin).

Die Entscheidung ist nur von vorübergehender Bedeutung, aber sie greift doch für eine längere Zeit so erheblich in die Rechtslage von Angehörigen des Mittelstandes ein, daß die Kritik, die sie herausfordert, nicht schweigen darf. Vorweg sei das Argument beleuchtet, welches das RVA. dem Wortlaut des § 178 RVO. entnimmt, wonach die Versicherungsberechtigung „in allen Fällen" erlischt, wenn das Einkommen 4000 M. übersteigt. Ich habe schon in Arb.-Vers. 1912 S. 25 ausgeführt, daß diese Fassung für unsere Frage gar nichts besagt. Die Versicherungsberechtigung erlischt unter jener Voraussetzung in allen Fällen, die überhaupt nach der RVO. zu beurteilen sind; ob aber dieser Rechtssatz auch zuungunsten derjenigen gilt, die schon vor dem Inkrafttreten der RVO. (2. Buch) ein Einkommen von mehr als 4000 M. hatten, diese Frage ist nach allgemeinen Grundsätzen über die zeitliche Geltung der Gesetze zu prüfen. Dem entgegen meint das Reichsversicherungsamt, daß die Worte „in allen Fällen" auch zeitlich zu verstehen seien, nämlich dahin, daß dem § 178 alle freiwillig Versicherten unterworfen seien, deren Einkommen nach dem Inkrafttreten der Vorschrift 4000 M. übersteigt, also auch diejenigen, bei denen dies schon vor der Geltung der Vorschrift zutraf. Danach hätte der Gesetzgeber die Frage nach der zeitlichen Geltung einer einzelnen Norm mitten in der Reichsversicherungsordnung erledigt, während er sonst dergleichen Uebergangsfragen, soweit er sie überhaupt behandelt und sie nicht vielmehr nach allgemeinen Grundsätzen beantwortet wissen will, durchweg in das Einführungsgesetz verweist. Das wäre, unter dem Gesichtspunkte der Gesetzestechnik, ein so ungewöhnliches Verfahren, daß das aus der Wortfassung des § 178 hergeleitete Argument hinfällig erscheint.

Nur das also kann in Frage kommen, ob die Entscheidung durch allgemeine Rechtsgrundsätze über die zeitliche Geltung der Gesetze getragen wird. Das Reichsversicherungsamt zieht unter anderem die Entscheidung des Reichsgerichts Bd. 43 S. 23 heran. Dort aber heißt es: „Nicht richtig ist es, daß alle zwingenden Rechtssätze rückwirkende Kraft haben. Es kommt vielmehr darauf an, welche Wichtigkeit und Bedeutung der Urheber eines (derartigen) neuen Rechtssatzes diesem aus Gründen der Sittlichkeit und des Gemeinwohls beilegt." Wenn nun die Aerzte es als einen „Mißbrauch der Zwangskassen" empfanden, daß unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes, welches die Weiterversicherung ohne Rücksicht auf die Höhe des Einkommens ermöglichte, „wohlhabende Personen als Kassenpatienten behandelt würden", und wenn das neue Gesetz solchem „Mißbrauch" durch die Vorschrift des § 178 entgegentritt, so wird man

Digitized by Google

doch nicht ernstlich behaupten dürfen, der Gesetzgeber habe dem neuen Rechtssatze aus Gründen der Sittlichkeit und des Gemeinwohls (!) solche Wichtigkeit und Bedeutung beigelegt, daß er die Rückwirkung des Rechtssatzes auch auf solche Personen gewollt haben müsse, die schon vor dem Inkrafttreten der Rechtsänderung die Einkommensgrenze von 4000 M. überschritten hatten. Wie viele von diesen Personen werden denn wirklich „wohlhabend" sein, wenn man ihr Alter, die Zahl ihrer Kinder und andere, den Lebensbedarf steigernde Verhältnisse billig berücksichtigt? Erwägt man, daß diese Personen, die fast durchweg viele Jahre hindurch in den höchsten Beitragsstufen zur Kasse gesteuert und dabei als „gute Risiken" die Kasse durchschnittlich am wenigsten belastet haben, wenn sie jetzt in höherem Alter aus der Kasse ausgeschlossen werden, bei einer privaten Versicherungsunternehmung entweder überhaupt nicht oder nur mit großen Opfern eine annähernd gleichwertige Versicherung werden nehmen können und daß daher viele von ihnen von der Rückwirkung des neuen Rechts aufs schwerste betroffen werden, so muß man fragen: War es nicht unter dem Gesichtspunkte der Sittlichkeit und des Gemeinwohles wichtig genug, diese Leute in ihren Rechten zu belassen — auch wenn das die Folge hatte, daß die Aerzte ein paar wirklich wohlhabende noch einige Jahre lang als Kassenpatienten mit durchschleppen mußten? Wiegt wirklich das Interesse der Aerzte unter dem Gesichtspunkte „der Sittlichkeit und des Gemeinwohls" so schwer und um so viel schwerer als das Interesse jener Versicherten, daß die Rückwirkung des neuen Rechts dennoch als vom Gesetzgeber gewollt angesehen werden muß? Die Frage stellen heißt: sie verneinen.

Nun aber die Billigkeitserwägung, die das Reichsversicherungsamt schließlich noch anfügt! Es würde als unbillig empfunden werden, daß Personen, die schon längere Zeit mehr als 4000 M. beziehen, noch in der Versicherung bleiben dürfen, während andere, deren Einkommen erst nach dem 1. Januar 1914 diesen Betrag überschreitet, ausgeschlossen werden. Das ist eine höchst seltsame Erwägung; denn sie unterstellt dem Gesetzgeber eine ihm gewiß fremde Rücksicht auf unbillig Denkende oder Einsichtslose, die etwa auch fordern würden, daß bei Einführung einer neuen Bauordnung die fertigen, nach der alten Ordnung gebauten Häuser niedergerissen werden, oder daß bei einer Verschärfung der Anforderungen für das Assessorexamen, die früher Geprüften ihre Qualifikation verlieren sollen usw. Es gäbe kaum ein Gesetz, dem man nicht Rückwirkung beilegen müßte, wenn die Erwägung des Reichsversicherungsamt Stich hielte.

In summa: Roma locuta — die oberste Instanz hat gesprochen. Nur eben überzeugt hat sie nicht!

Recht der Organmitglieder, außerordentliche Sitzungen zu beantragen und Gegenstände auf die Tagesordnung zu bringen.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** v. 20. Dezember 1913.

Die von dem Vorstand der Gesamtinnung selbständiger Handwerker zu R. dem Oberversicherungsamte zur Genehmigung vorgelegte Satzung der Innungskrankenkasse bestimmt

1. im § 49 Abs. 2 und § 57 Abs. 3, daß außerordentliche Sitzungen des Vorstandes und des Ausschusses anberaumt werden müssen, wenn es von „drei Viertel" der Mitglieder der betreffenden Kassenorgane unter Angabe der Verhandlungsgegenstände schriftlich beantragt wird, während im übrigen nur der Vorsitzende des Vorstandes befugt sein soll, außerordentliche Sitzungen einzuberufen,
2. im § 57 Abs. 6, daß die Gegenstände der Verhandlungen der Ausschußsitzungen der Vorsitzende des Vorstandes bestimmt, daß er aber in die Tagesordnung alle Beschwerden, die von Kassenmitgliedern oder von beitragzahlenden Arbeitgebern gegen seine Verwaltung eingebracht sind, sowie alle Anträge aufnehmen muß, die von mindestens „drei Viertel" der Vertreter im Ausschuß schriftlich gestellt sind.

Diese Satzungsbestimmungen hat das Oberversicherungsamt beanstandet, weil die Zahl der Antragsteller zu hoch bemessen sei. Es hat daher die Satzung nur mit der Maßgabe genehmigt, daß die Worte „drei Viertel" im § 49 Abs. 2 und § 57 Abs. 3 durch „der dritte Teil", im § 57 Abs. 6 durch „8" — was gleichbedeutend ist mit dem dritten Teil, da der Ausschuß nach § 46 Abs. 2 der Satzung aus 24 Mitgliedern besteht — ersetzt werden.

Hiergegen hat der Innungsvorstand rechtzeitig Beschwerde erhoben mit dem Antrag, unter Aufhebung der angefochtenen Entscheidung die §§ 49 und 57 der Satzung in der von der Innung beschlossenen Fassung zu genehmigen.

Das RVA. hat der Beschwerde zum Teil stattgegeben.

Das Oberversicherungsamt hat die Versagung der Genehmigung in der Hauptsache damit begründet, die in den beanstandeten Bestimmungen vorgesehene Beschränkung des Einflusses der Vorstands- und Ausschußmitglieder auf die Häufigkeit der Sitzungen der beiden Kassenorgane und des Einflusses der Ausschußmitglieder auf die Zulassung von Beratungsgegenständen hindere den Ausschuß wie den Vorstand, solche Gegenstände ihrer Beratung und Beschlußfassung zu unterwerfen, deren Erörterung dem Vorsitzenden und einer Minderheit von etwas über ein Viertel der Mitglieder jedes der Kassenorgane nicht genehm sei; eine solche Behinderung der Kassenorgane liege aber nicht nur nicht im Zwecke der Kasse (§ 323 RVO.), sondern laufe auch der vom Gesetze gewollten Mitwirkung von Vorstand und Ausschuß bei der Kassenverwaltung zuwider. Diesen Erwägungen konnte der Senat nicht beipflichten. In der Reichsversicherungsordnung sind die in den beanstandeten Satzungsbestimmungen behandelten Fragen nicht geregelt. Vielmehr steht es den Kassen frei, die Geschäftsordnung ihrer Organe in der Satzung selbständig zu regeln, soweit nur nicht einzelne Bestimmungen gesetzlichen Vorschriften zuwiderlaufen oder nicht im Zwecke der Kasse liegen (§ 323 RVO.). Dies trifft jedenfalls hinsichtlich der oben unter 1 aufgeführten Bestimmungen über die Einberufung außerordent-

Digitized by Google

licher Sitzungen nicht zu. Diese Bestimmungen könnten nur dann als gesetzwidrig bezeichnet werden, wenn infolge der durch sie herbeigeführten Erschwerung der Einberufung außerordentlicher Sitzungen Vorstand und Ausschuß verhindert würden, die ihnen nach dem Gesetz obliegenden Pflichten zu erfüllen. Hiervon kann aber nicht die Rede sein. Die ordentlichen Sitzungen der Kassenorgane, die nach § 49 Abs. 1 und § 57 Abs. 2 der Satzung jährlich einmal stattfinden, werden in der Regel hinreichende Gelegenheit bieten, die im Interesse der Kasse erforderlichen Beschlüsse zu fassen. Tritt ein zwingender Grund zur Einberufung einer außerordentlichen Sitzung hervor und findet sich hierfür bei der Weigerung des Vorsitzenden, einem darauf gerichteten Antrag stattzugeben, nicht eine Mehrheit von drei Viertel der Mitglieder, so bleibt noch immer der Beschwerdeweg an die Aufsichtsbehörde offen, die nach § 32 RVO. die Einberufung einer außerordentlichen Sitzung verlangen, gegebenenfalls eine solche Sitzung selbst anberaumen kann. Ebensowenig läßt sich sagen, daß jene Bestimmungen „nicht im Zwecke der Kasse" lägen. Was der Gesetzgeber mit diesen Worten im § 323 RVO. meint, ist nicht völlig klar. Nach der Erklärung eines Regierungsvertreters in der Kommissionsberatung soll hiermit für den „freiwilligen Inhalt" der Satzung, daß heißt für Bestimmungen über Fragen, deren Regelung durch die Satzung das Gesetz nicht vorschreibt, eine Begrenzung gegeben werden (Kommissionsber. II S. 201 zu § 335 d. Entw.). Aus dieser Zweckbestimmung der Vorschrift ergibt sich aber noch kein hinreichender Anhalt für ihre Auslegung. Zweifellos liegt alles das nicht im Zwecke der Kasse, was über den Rahmen der der Kasse nach dem Gesetz obliegenden Aufgaben hinausgeht. Dies trifft jedenfalls hinsichtlich der vorliegenden Satzungsbestimmungen nicht zu. Ob, wie Hahn in seinem Handbuch der Krankenversicherung Anm. zu § 323 ausführt, auch solche Bestimmungen nicht im Zwecke der Kasse liegen, die „zweckwidrig" sind, die z. B. über die im Gesetze gezogenen Grenzen hinaus die Mitglieder oder die Arbeitgeber mit Verpflichtungen belasten oder mit Strafen bedrohen, kann unerörtert bleiben, da dies im vorliegenden Falle ebenfalls nicht in Frage kommt. Auch braucht nicht geprüft zu werden, ob die Erschwerung der Einberufung außerordentlicher Sitzungen etwa „unzweckmäßig" sei, da die bloße Unzweckmäßigkeit begrifflich etwas anderes ist als das, was nicht im Zwecke der Kasse liegt. Aus bloßen Erwägungen der Zweckmäßigkeit darf einer an sich zulässigen Satzungsbestimmung die Genehmigung niemals versagt werden. Sie treten nur dann in den Vordergrund, wenn eine Satzungsbestimmung der „Zustimmung" des Oberversicherungsamts bedarf. Hiernach hätte den Bestimmungen im § 49 Abs. 2 und § 57 Abs. 3 der Satzung die Genehmigung nicht versagt werden dürfen. Die Vorentscheidung war deshalb insoweit aufzuheben und die Genehmigung zu erteilen.

Anders liegt die Sache hinsichtlich des § 57 Abs. 6 der Satzung, der nur einer Dreiviertelmehrheit das Recht geben will, gegen den Willen des Vorstandsvorsitzenden Verhandlungsgegenstände auf die Tagesordnung der Ausschußsitzungen zu bringen. Diese Bestimmung verfolgt, wie in der Beschwerdeschrift des näheren dargelegt ist, den Zweck, zu verhindern, daß gegen den Willen aller Innungsmitglieder, die an dem Fortbestehen der Kasse ein Interesse haben, Anträge auf die Tagesordnung gebracht werden, die auf eine übermäßige Erhöhung der Leistungen und der Beiträge und damit letzten Endes auf die Vernichtung der Kasse abzielen. Ob diese Gefahr tatsächlich besteht und ob sie nicht durch andere Mittel beseitigt werden kann, ist hier nicht zu erörtern und kann nicht den Ausschlag geben, da die Satzungsbestimmung dem § 345 Abs. 3 Satz 2 RVO. zuwiderläuft, wonach bei Beschlußfassung im Ausschuß über Satzungsänderungen ungetrennte Abstimmung, also die einfache Mehrheit genügt, wenn es sich um Kassenleistungen und Beiträge handelt und nicht § 388 oder § 389 entgegensteht. Genügt hiernach die einfache Mehrheit zur Beschlußfassung über diese Angelegenheiten, so muß ihr auch das Recht zustehen, entsprechende Anträge auf die Tagesordnung zu bringen. Wollte man dieses Recht nur einer Dreiviertelmehrheit zugestehen, so wäre die Durchführung der bezeichneten Gesetzesvorschrift unmöglich gemacht. Mit Recht hat daher das Oberversicherungsamt diese Satzungsbestimmung nicht genehmigt. Dagegen hätte das Oberversicherungsamt sich nach § 324 Abs. 2 RVO. auf die Versagung der Genehmigung beschränken müssen und hätte nicht vorschreiben dürfen, daß „drei Viertel" im § 57 Abs. 6 der Satzung durch „8" zu ersetzen sei. In dieser Anordnung ist nur ein neuer Vorschlag zu erblicken. Die Krankenkasse wird sich nun zunächst innerhalb der vorstehend gezogenen Grenzen schlüssig zu machen haben, welcher Anzahl von Ausschußmitgliedern das Recht zustehen soll, Beratungsgegenstände auf die Tagesordnung zu bringen. Die neue Fassung wird sodann abermals dem Oberversicherungsamte zur Genehmigung zu unterbreiten sein.

Kein Beschwerderecht einzelner Kassenmitglieder über Genehmigung der Satzung.

Entsch. des Reichsversicherungsamts v. 18. April 1914.

Da im § 1795 RVO., wodurch der im Spruchverfahren geltende Grundsatz des rechtlichen Gehörs

Digitized by Google

der Parteien auch für das Beschwerdeverfahren zur Geltung gebracht wird, lediglich die Anhörung der Beteiligten vorgeschrieben ist, so wird ein solches Beschwerderecht auch nur diesen zugestanden werden können. Hiernach hängt die Entscheidung der zur Beurteilung stehenden Frage davon ab, ob die Beschwerdeführer im vorliegenden Falle als Beteiligte anzusehen sind. Als Beteiligter kann aber auch nach der Reichsversicherungsordnung, wie dieses das Königl. Sächs. Oberverwaltungsgericht für das Sächsische Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege am 29. Juli 1900 ausgesprochen hat (zu vgl. Entsch. v. 14. August 1902, Arb.-Vers. 1903 S. 690) nicht schon ein jeder, auf den der Ausgang einer Sache günstig oder ungünstig zurückwirkt, und insbesondere bei Wahrnehmung öffentlicher Interessen nicht jeder Angehörige desjenigen Personenkreises, auf welchen sich diese Interessen beziehen, angesehen werden, sondern nur, wer nach dem Gesetz sie zu vertreten berechtigt ist. Zu einer Vertretung der Kasseninteressen den Behörden gegenüber bei der Gestaltung einer Kassensatzung kann aber, soweit ihre Errichtung in Frage kommt, nur die hiermit betraute Stelle, sonst nur das zuständige Organ der Kasse, nämlich der Vorstand, als befugt angesehen werden. Hieraus folgt, daß die Entscheidung des Oberversicherungsamts, durch welche es eine Satzung genehmigt, durch einzelne Vorstands- oder Kassenmitglieder nicht anfechtbar ist. Für diese Auffassung spricht auch die praktische Erwägung, daß es zu nicht abzusehenden Weiterungen führen würde, wenn es jedem Kassenmitgliede gestattet sein sollte, in dem durch § 324 vorgesehenen Verfahren seine Wünsche zur Geltung zu bringen. Eines solchen Rechtsschutzes bedarf es auch nicht, da im Falle der Geltendmachung irgendwelcher Ansprüche die Rechtsgültigkeit jeder einzelnen Satzungsbestimmung ohnehin nachgeprüft werden muß. Nach allem waren die Beschwerden schon aus diesem Grunde zurückzuweisen.

C. Zur Unfallversicherung.

Unfall beim Ausprobieren eines selbstgefertigten Beleuchtungsapparats für die Werkstätte als Betriebsunfall.

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** v. 12. März 1914.

Der Unfall des bei der Schmiede-Berufsgenossenschaft zwangsversicherten Klägers vom 2. November 1911 hat sich unbestritten beim Ausprobieren eines für die Werkstatt selbst hergestellten Acetylen-Apparates ereignet. Das Reichsversicherungsamt hat keine Bedenken getragen, die unfallbringende Tätigkeit als den Abschluß der Herstellung des Apparates anzusehen. Es handelt sich demnach um einen Unfall bei der Herstellung eines für den Betrieb bestimmten Einrichtungsgegenstandes. Hierbei hat der Kläger, wie er glaubhaft versichert und auch sein Sohn bezeugt hat, zwar auch Arbeiten verrichtet, die wie zum Beispiel das Löten dem Schmiedehandwerk eigentümlich sind. Die unfallbringende Tätigkeit ist aber jedenfalls dem Schmiedehandwerk nicht eigentümlich. Bei dieser Sachlage hat der erkennende Senat aus folgenden Erwägungen das Vorliegen eines Betriebsunfalls bejaht: Nach der Spruchübung des Reichsversicherungsamts werden Unfälle, die sich beim Zurechtmachen und Ausbessern des dem Unternehmer gehörigen Betriebsgeräts ereignen, dem Betriebe zugerechnet, gleichviel ob die Tätigkeit von einem Arbeiter des Betriebs oder von dem Unternehmer selbst ausgeführt wird und ob es sich um Verrichtungen handelt, die dem Betriebe eigentümlich sind oder nicht (zu vgl. Handb. der UnfVers. I S. 108 Anm. 49 Abs. 3 zu § 1 GUVG.). Unter Betriebsgerät ist allerdings in erster Linie das unmittelbar zur Arbeit benutzte Werkzeug, also das Arbeitsgerät zu verstehen. Dieselben Gründe, die dafür sprechen, das Zurechtmachen und Ausbessern des eigentlichen Arbeitsgeräts dem Betriebe zuzurechnen, führen aber dazu, eine Betriebstätigkeit auch dann anzunehmen, wenn es sich um solche Gegenstände handelt, die für die Ausübung des Betriebes nötig oder förderlich sind. Um den Abschluß der Herstellung eines solchen Gegenstandes — eines für die Beleuchtung der Werkstätte bestimmten Acetylenapparates — hat es sich im vorliegenden Falle gehandelt. Der Unfall hat sich also bei Vornahme einer Betriebstätigkeit ereignet. Ob die Hoffnung des Klägers auf einen gewerbsmäßigen Verkauf von Acetylenapparaten gerechtfertigt war und ob auch aus diesem Grunde der Unfall dem Betriebe zuzurechnen ist, bedurfte bei dieser Sach- und Rechtslage keiner Nachprüfung. Das Reichsversicherungsamt hat dementsprechend den Rekurs der Beklagten als unbegründet zurückgewiesen.

Durch diese Entscheidung hat sich der erkennende Senat nicht in Widerspruch gesetzt zu der Rekursentscheidung in Sachen W. gegen Schmiede-Berufsgenossenschaft vom 4. Mai 1911 (Pr.S. Ia 16 385/10). Darin ist allerdings der Unfall eines versicherten Schmiedemeisters beim Anschlagen neuer Fensterbänder, die er selbst geschmiedet hatte, an ein Fenster seines eigenen

Digitized by Google

Wohnhauses als nicht versichert erklärt worden. Die Abweisung des Rentenanspruchs ist aber damals nur erfolgt, weil es sich um eine Tätigkeit für die eigene Hauswirtschaft gehandelt habe. Davon ist der vorliegende Fall wesentlich unterschieden, weil der Unfall sich nicht bei einer hauswirtschaftlichen Verrichtung, sondern bei der im Zusammenhang mit dem Betrieb stehenden Herstellung einer Betriebseinrichtung ereignet hat. Die Entscheidung des Großen Senats brauchte daher nicht angerufen werden.

Unzulässigkeit einer Feststellungsklage.

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** v. 20. Februar 1914.

Der Betriebsführer K. H. ist am 11. Februar 1907, als er in den Schacht fuhr, mit dem Förderkorb einschließlich Deckel versehentlich statt bis zur Oberfläche bis unter das Wasser gefahren worden. Auf den hierbei durchgemachten Schreck führt er sein Herzleiden ursächlich zurück. Die Herzbeschwerden hätten sich seitdem ständig bemerkbar gemacht. Erst am 26. Februar 1913 brachte H. den angeblichen Unfall zur Anzeige. Er beantragte vorläufig keine Unfallentschädigung, sondern nur Klarstellung des Sachverhalts, da es nicht ausgeschlossen sei, daß die Beschwerden mit der Zeit zunähmen. Während die Berufsgenossenschaft und das Oberversicherungsamt die Ansprüche wegen verspäteter Anmeldung für verjährt hielten, wies das Reichsversicherungsamt seine Ansprüche auf Feststellung des Herzleidens als Unfallfolge schon deswegen als unzulässig zurück, weil solche Feststellung nicht Gegenstand der Entscheidung durch die Unfallinstanzen sein könne.

Gründe:

Der Kläger begehrt nicht Zubilligung einer Entschädigung aus Anlaß des Unfalls, sondern nur die Feststellung, daß ein bestimmtes Leiden Folge des Unfalls sei. Ein derartiger Anspruch kann aber nicht Gegenstand der Entscheidung durch die Unfallinstanzen sein. Diese haben sich, wie das Reichsversicherungsamt unter der Herrschaft des alten Rechts wiederholt ausgesprochen hat, nur mit der Feststellung oder Ablehnung von Entschädigungsansprüchen zu befassen (zu vgl. z. B. die Rekursentscheidung vom 8. Januar 1910 — Ia 9588/09 — abgedruckt in der Sammlung des Kompaß, Jahrg. 1910 S. 9 Ziff. 6). An diesem Rechtszustande hat auch die Reichsversicherungsordnung nichts geändert. Hiernach ist der Anspruch des Klägers unzulässig und war schon deshalb abzuweisen. Ob Verjährung eingetreten ist, wie die Vorinstanzen annehmen, bedurfte daher keiner Prüfung, wenngleich bemerkt werden mag, daß es nach der jetzigen Sachlage sehr zweifelhaft erscheint, ob Verjährung in der Tat eingetreten ist. Nach alledem waren die Vorentscheidungen, die auf den Anspruch eingegangen sind, aufzuheben. Der Kläger hat das Recht, nach § 1559 Abs. 3 RVO. die Untersuchung des Unfalls bei dem zuständigen Versicherungsamte zu beantragen. Diese Bestimmung ist wesentlich im Interesse derjenigen Verletzten geschaffen, bei denen der Unfall keine sofortigen schädigenden Folgen hervorgerufen hat. Es muß dem Kläger überlassen bleiben, von dieser Befugnis Gebrauch zu machen, wenn er auf Weiterverfolgung seiner Ansprüche bestehen will. Das gegenwärtige Verfahren ist jedenfalls wie zuvor ausgeführt unzulässig.

Private oder gewerbliche Automobilhaltung? Berufsgenossenschaftliche Zugehörigkeit.

Entsch. des **Oberversicherungsamts Aachen** v. 4. Mai 1914.

Die Versicherungsgenossenschaft der Privatfahrzeug- und Reittierbesitzer in Berlin hat den Hüttendirektor R. vom 1. Januar 1913 ab als Mitglied aufgenommen, weil er ein Automobil halte, bei dem er einen Chauffeur der Gelsenkirchener Bergwerksgesellschaft beschäftige. Hiergegen hat R. rechtzeitig Beschwerde erhoben mit folgender Begründung: Das ihm zugehörige Automobil sei abgenutzt und werde nur noch als Reserve benutzt. Das von ihm regelmäßig benutzte Automobil gehöre der G. B.-Aktiengesellschaft. Diese Gesellschaft habe die Instandhaltung beider Fahrzeuge und auch die Besoldung des Chauffeurs für eigene Rechnung übernommen. Beide Wagen würden dafür auch zu Dienstfahrten der G. B.-Aktiengesellschaft verwandt. Der Chauffeur sei von dieser Aktiengesellschaft bei der Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft in Essen versichert. Die Versicherung des Chauffeurs bei 2 Berufsgenossenschaften führe zu Schwierigkeiten. Nach seinem Dafürhalten sei die G. B.-Aktiengesellschaft als der Unternehmer und das Halten der beiden Fahrzeuge als ein gewerbsmäßiges Halten von Fahrzeugen durch die G. B.-Aktiengesellschaft anzusehen.

Die Versicherungsgenossenschaft hat Zurückweisung der Beschwerde beantragt. Beschwerdeführer halte ein Automobil zu nichtgewerbsmäßigen Zwecken, bei dem eine versicherungspflichtige Person tätig sei, unterhalte aber keinen gewerblichen Betrieb auf eigene Rechnung. Infolgedessen könne er persönlich einer Berufsgenossenschaft als Mitglied nicht angehören. Damit fehle aber eine der wichtigsten Voraussetzungen für die Mitversicherung der Fahrzeughaltung bei einer gewerblichen Berufsgenossenschaft. Der Chauffeur scheide unter diesen Umständen, sobald er die Arbeit an dem Automobil aufnehme, aus dem gewerblichen Betriebe aus und trete in die Fahrzeughaltung des Beschwerdeführers über. Für diese Tätigkeit sei er durch den Beschwerdeführer persönlich zu versichern. — Die Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft hat erklärt, daß sie den in Frage stehenden Fahrzeugbetrieb in vollem Umfange in ihre Versicherung genommen habe.

Das Oberversicherungsamt entschied: daß die G. B.-Aktiengesellschaft die Fahrzeughalterin und der Chauffeur lediglich bei der Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft versichert ist.

Gründe:

Beschwerdeführer beschäftigt keine Person bei

Digitized by Google

seiner Fahrzeughaltung. Vielmehr beauftragt der Aachener Hütten-Verein, der zur Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft gehört, und dessen Direktor der Beschwerdeführer ist, den in ihrem Betriebe angestellten Chauffeur je nach Bedarf mit der Führung des Kraftwagens. Mithin liegt kein bei der Versicherungsgenossenschaft versicherungspflichtiger Fahrhaltungsbetrieb vor. Wenn die Fabrik, in deren Interesse $^9/_{10}$ aller Fahrten ausgeführt werden, den Chauffeur anstellt, lohnt, entläßt usw., auch die Kosten für die Unterhaltung und den Betrieb des Automobils trägt, so muß sie auch als die Fahrzeughalterin anerkannt werden. Zudem ist die Versicherung der Tätigkeiten einer Person bei verschiedenen Versicherungsträgern unter allen Umständen zu vermeiden.

Hiernach rechtfertigt sich die getroffene Entscheidung, wobei auch noch der Umstand ins Gewicht fiel, daß die Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft den in Frage stehenden Fahrzeugbetrieb in vollem Umfange in ihre Versicherung genommen hat.

D. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" 1914 S. 118 ff.)

Nr. 5. Die Befreiung von der eigenen Beitragsleistung gemäß § 390 des Versicherungsgesetzes für Angestellte setzt voraus, daß der vor dem 5. Dezember 1911 geschlossene Versicherungsvertrag am 1. Januar 1913 noch fortbesteht; er darf also nicht durch Ablauf seiner Gültigkeitsdauer, Auszahlung der Versicherungssumme u. dgl. endgültig beseitigt sein.

Die zum Zwecke der Erhöhung der Prämien auf das Mindestmaß des § 390 des Gesetzes abgeschlossene Nachversicherung äußert ihre Wirkung für die Befreiung von der Beitragsleistung nur insoweit und solange, als der vor dem 5. Dezember 1911 geschlossene Versicherungsvertrag fortbesteht.

Nr. 6 Der Antrag auf Befreiung von der eigenen Beitragsleistung nach § 390 des Versicherungsgesetzes für Angestellte ist begründet, wenn ein vor dem 5. Dezember 1911 abgeschlossener und nach diesem Zeitpunkt in einen prämienfreien Vertrag umgewandelter Lebensversicherungsvertrag am 1. Januar 1913 noch besteht und wenn noch vor dem 1. Januar 1913 ein neuer Lebensversicherungsvertrag geschlossen ist, der den Versicherten am 1. Januar 1913 zur Zahlung einer mindestens den seinen Gehaltsverhältnissen zur Zeit des Antrags entsprechenden Beiträgen gleichkommenden Jahresprämie verpflichtet. Die Befreiung erstreckt sich zeitlich nicht über die Dauer des vor dem 5. Dezember 1911 geschlossenen Lebensversicherungsvertrages hinaus.

Nr. 7. Gegen Beschlüsse des Schiedsgerichts für Angestelltenversicherung, die in der Beschwerdeinstanz ergangen sind, ist eine weitere Beschwerde an das Oberschiedsgericht für Angestelltenversicherung nicht zulässig. Wiederaufnahme des Verfahrens.

Nr. 8. Ausländische öffentliche Lebensversicherungsunternehmungen, die zum Geschäftsbetriebe im Deutschen Reiche nicht zugelassen sind, fallen nicht unter den § 390 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Der als stiller Teilhaber beteiligte Hanssohn ist versicherungsfrei.

Beschluß des **Rentenausschusses Berlin** v. 15. Dezember 1913.

Bestritten wird nicht, daß die Tätigkeit des Sohnes O. E. an sich unter das Versicherungsgesetz für Angestellte fällt. Der Antragsteller begründet vielmehr seinen Antrag damit, daß es sich bei ihm nicht um ein Angestelltenverhältnis, sondern um Mitunternehmerschaft handele.

Der Vater E. hat dem Antragsteller, seinem Sohn, ein Kapital von 10 000 M. im Geschäft festgelegt. Davon erhält der Antragsteller die Zinsen und außerdem bekommt er noch den zehnten Teil vom Reingewinn. Nun schließt allerdings der Umstand, daß der Antragsteller kein Gehalt bezieht, sondern am Reingewinn beteiligt ist, für sich allein das Vorliegen eines Angestelltenverhältnisses noch nicht aus; es ist also Mitunternehmerschaft nicht schon dann ohne weiteres anzunehmen, wenn jemand am Ertrage des Unternehmens, für das er arbeitet, mitbeteiligt ist; der Antragsteller ist aber ferner seinem Vater in der Geschäftsführung und -leitung, und zwar nicht nur in dessen Abwesenheit, vollkommen gleichgestellt; es ist ihm kein bestimmter begrenzter Wirkungskreis zugewiesen, über den hinaus ihm Machtbefugnisse nicht mehr zustehen, sondern seine Entschließungen und Anordnungen sind gleichbedeutend mit denen seines Vaters, wenngleich dessen Wille auch der ausschlaggebende bleibt, und der Antragsteller übt deshalb auf das Geschäftsunternehmen einen maßgebenden Einfluß aus. Dieser Umstand zusammen mit der Kapitalsbeteiligung schließt sowohl eine wirtschaftliche als auch persönliche Abhängigkeit des Antragstellers aus und läßt ihn tatsächlich nicht als Angestellten, sondern als Mitunternehmer erscheinen, so daß dadurch seine Versicherungspflicht fortfällt. Demgemäß war deshalb zu entscheiden.

Digitized by Google

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen.

In den Tagen vom 12. bis 15. Juli hielt der Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen in Darmstadt seine diesjährige Hauptversammlung ab. Sie war beschickt durch 468 Delegierte, die 211 einzelne Kassen und 14 Unterverbände vertraten. Die Delegierten waren 145 Arbeitgeber, 202 Versicherte und 121 Angestellte. Außerdem waren eine Reihe Vertreter von Behörden anwesend, so vom Reichsversicherungsamt, Reichsamt des Innern, der hessischen Regierung usw.

Die Vorversammlung am 12. Juli mittags eröffnete der Vorsitzende des Verbandes, Fräßdorf-Dresden. Nach den üblichen Begrüßungen wurden zur Leitung der Verhandlungen gewählt Fräßdorf-Dresden, Knoblauch-Darmstadt und Scholem-Berlin, zu Schriftführern Starke-Dresden, Eichstädt-Weimar, Iserloh-Remscheidt und Eberhardt-Darmstadt.

Sodann wurde die Tagesordnung festgesetzt. Eine vom Verbandsvorstand in Aussicht genommene Aenderung der Verbandssatzung wird abgesetzt, da mit den gegenwärtigen Bestimmungen noch weiter auszukommen ist. Weiter bespricht Fräßdorf den gedruckt vorliegenden Geschäftsbericht. Das vergangene Jahr habe dem Verbandsvorstand ungeheuer viel Arbeit gebracht. Die neugegründete Verbandszeitschrift „Die Ortskrankenkasse" habe viel Beifall gefunden. Der Verband müsse nächstens ein eigenes Bureau mit einem eigenen Sekretär einrichten. Die neuen gesetzlichen Bestimmungen und die letzten behördlichen Maßnahmen betr. Anteilnahme an den Verbandstagungen haben der Organisation nichts geschadet. Diese steht stärker und gefestigter denn je da. Gleichwohl müssen wir wachen, daß neue Beschränkungen der Bewegungsfreiheit nicht stattfinden. Dem Verbande gehören zurzeit 373 Provinzialverbände und Einzelkassen mit rund 6 Millionen Mitgliedern an. Gegenüber dem Vorjahr ist ein Rückgang um 149 Kassen und 8 Verbänden, aber eine Zunahme von über 300 000 angeschlossenen Mitgliedern eingetreten. Es wurden die Entwürfe einer Krankenordnung, einer Dienstordnung für Kassenangestellte usw. herausgegeben. An eine große Zahl von Behörden wurden Eingaben gerichtet, in denen z. B. darum ersucht wurde, den Kassen keine Schwierigkeiten bei der Abführung von Beiträgen an die Kassenverbände zu machen, von Anordnungen zwecks Abführung von Beitragsanteilen an die zugelassenen Ersatzkassen abzusehen usw. Viel Mühewaltung erforderte die Regelung der Arztfrage, die das bekannte „Berliner Abkommen" zeitigte, und deren Verlauf in dem Druckbericht ausführlich dargestellt wird. Verschiedene Schritte wurden auch unternommen, um die fortgesetzte Verteuerung der Arzneien einzuschränken. Im übrigen enthält der gedruckte Bericht eine große Fülle statistischen Materials aus der sozialen Versicherung und der Sozialreform überhaupt.

Der erste Tag der Hauptverhandlungen begann wieder mit verschiedenen Begrüßungsansprachen. Fräßdorf legt einleitend die Zwecke des Verbandes dar, die im allgemeinen darin bestehen, die Sozialreform nicht nur der arbeitenden Klasse, sondern dem ganzen Vaterland zu vermitteln. Die Klippen der neuen Reichsversicherungsordnung haben die Verbandstätigkeit nicht beeinträchtigt. Die Arbeitgebervertreter haben sich durch die politischen Angriffe auf den Verband nicht irre machen lassen. Die Gäste erwiderten in ihren Ansprachen, daß die Krankenversicherung vielfache Beziehungen habe, daß noch viele Fragen des neuen Rechts zu klären seien, und daß die Selbstverwaltung der Kassen nicht weiter eingeschränkt werden dürfe.

Hierauf referiert Rechtsanwalt Dr. Baum-Berlin über das neue Verbandsorgan „Die Ortskrankenkasse". Dasselbe soll frei von Parteipolitik, aber im Geiste einer fortgeschrittenen Sozialpolitik geleitet werden. Unter den rund 200 Mitarbeitern befinden sich Angehörige aller sozialpolitischen Richtungen und in allen Stellungen. Fräßdorf erinnert daran, daß nach der Verbandssatzung jede Kasse verpflichtet ist, von der Zeitschrift so viele Stücke zu beziehen, als ihr Vorstand Mitglieder hat. Es sei Aufgabe jeder Kasse, tüchtige Vorstandsmitglieder heranzubilden, die soviel wissen wie die Angestellten.

Der nächste Punkt der Tagesordnung ist „die unmittelbare Abgabe von Arzneien und Heilmitteln durch die Krankenkassen." Referent ist Ed. Gräf-Frankfurt am Main, der mit Geschick und Witz erörtert, wie die Aufwendungen der Kassen für Heilmittel in den 25 Jahren des Bestehens der Krankenversicherung um 400 % gestiegen sind. Die Hälfte der Heilmittel würde von den Krankenkassenmitgliedern nicht aus der Apotheke geholt werden, wenn sie von diesen selbst bezahlt werden müßten. In den Krankenstuben stehen oft nur halb verbrauchte Arzneimittel herum. Redner legt Leitsätze vor, nach denen der Engrosbezug der Heilmittel und die direkte Abgabe an die Kassenmitglieder erfahrungsgemäß so erhebliche Ersparnisse mit sich bringt, daß keine Kassenverwaltung das unterlassen sollte. Auch die Errichtung von Badeanstalten, Zahnkliniken usw. bringt neben ganz erheblichen Ersparnissen die Möglichkeit, den Mitgliedern größere Leistungen zu gewähren. Gräf erinnert daran, daß sich die Apotheker und Drogisten an die Regierung gewendet hatten, um den angeblichen Unfug mit dem Selbstbezug der Heilmittel durch die Kassen zu verbieten. Die Eingabe ist vom Minister abschlägig beschieden worden; der Reichstag hat sie wegen seiner Schließung nicht erledigen können. — Zu der Sache sprechen noch Iserloh-Remscheid und einige Kassenbeamte, die Fälle aus der Praxis dafür anführen, wie die Gelder für Arzneien oft vergeudet werden. Apotheker Skaller-Charlottenburg stimmt dem zu und will Maßnahmen zum Schutze der Kassen. Apotheker Münch-Worms will das Kind nicht mit dem Bade ausschütten und wünscht eine Kommission, der auch Aerzte angehören, die die Frage erörtern soll. — Die Leitsätze Gräfs werden angenommen; die Kommission soll vom Vorstand eingesetzt werden.

Alb. Kohn-Berlin spricht hierauf über die mit dem Verbandstag verbundene Formularausstellung. Er erläutert die Anwendung der überaus zahlreichen Mustervordrucke, die im Hinblick auf die neuen gesetzlichen Bestimmungen ausgearbeitet werden mußten. Die Ausstellung soll auch den Provinzial- und Ortsverbänden der Kassen zu deren Tagungen zur Verfügung stehen.

Digitized by Google

Rendant Thier-Halle a. S. behandelt sodann die Stellung der Zwangskassen zu den Ersatzkassen. Bekanntlich müssen auch jetzt alle Mitglieder der freien Kassen bei den Zwangskassen angemeldet werden, und die Arbeitgeber müssen den anteiligen Beitrag an die Zwangskasse abführen. Diese neuen Vorschriften haben eine wesentliche Vermehrung der betriebstechnischen Arbeiten der Ortskrankenkassen herbeigeführt. Die Ortskrankenkassen müssen deshalb darum bitten, daß der Bundesrat von der Bestimmung des § 518 RVO., nach der die Rückzahlung dieser Beitragsanteile an die freien Ersatzkassen angeordnet werden kann, keinen Gebrauch macht. Sonst wäre es besser, die ganze Meldepflicht wieder aufzuheben. Redner legt Leitsätze in diesem Sinne vor, die nach kurzer Diskussion angenommen werden.

Am zweiten Tage der Hauptverhandlung spricht zunächst Justizrat Dr. Mayer-Frankental über die Entwicklung des Kassenbeamtenrechts seit dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung. Die einschlägigen neuen Bestimmungen bringen einen Fortschritt, in dem die Rechtsverhältnisse der Kassenangestellten zum erstenmal gesetzlich geregelt werden, und einen Rückschritt, da die religiöse und politische Bewegungsfreiheit derselben aufs schwerste eingeschränkt wird. Seither hatten die Verbände der Ortskrankenkassen und der Bureauangestellten durch Abschluß eines Tarifvertrags versucht, schiedlich und friedlich auszukommen. Jetzt haben die Behörden in Preußen Musterdienstordnungen für die einzelnen Kassen herausgegeben, die sehr zu Bedenken Anlaß geben. Nach diesen soll u. a. jede Kasse einen Prüfungsausschuß einsetzen, dessen Vorsitzender von der Behörde ernannt wird. Keine Kasse sollte darauf eingehen: wir wollen haben, daß dieser Vorsitzende von der Kasse selbst gewählt wird. Eine bestimmte Anzahl Angestellter soll zu Staatsbeamten gemacht werden und den Treueid leisten. Diese Maßnahmen richten sich nicht nur gegen die Sozialdemokratie, sondern gegen die freiheitlichen Regungen überhaupt. Das Beispiel Preußens wird Böses auch in anderen Bundesstaaten gebären, das abgewehrt werden muß. Reichstagsabg. Giebel, Vorsitzender des Verbandes der Bureauangestellten, ergänzt die Ausführungen Meyers. Er wendet sich insbesondere gegen verschiedene Maßnahmen der Behörden, die mit dem Gesetz nicht im Einklang stehen.

Hierauf spricht Prof. Dr. Herxheimer-Frankfurt a. M. über Salvarsanbehandlung der Syphilis. Unter den Aerzten gab es keinen Streit mehr darüber, daß Salvarsan ein gutes Heilmittel sei. In den Frankfurter Kliniken seien 11 500 Syphiliskranke mit Salvarsan behandelt worden. Nur in einigen Fällen seien gesundheitliche Nachteile beobachtet worden. Die ernsten Kritiker haben nur bis jetzt überhaupt 10 Schadensfälle feststellen können. Das sei sehr wenig. Schon jedes einfache Abführmittel könne unter Umständen zum Tode führen. Die beste Methode sei das kombinierte System der Salvarsan- und Quecksilberbehandlung. Durch sie werde die Ansteckungsgefahr vermindert und dem Rückfalle vorgebeugt. Auch bei Rückenmarksschwindsucht und Gehirnerweichung als Folgen der Syphilis leiste die kombinierte Methode nie gekannte Dienste. Dasselbe sei auch der Fall bei den meisten Herzerkrankungen, die zu 75 % auf syphilitischer Grundlage beruhen. Die Behandlung sei von kürzerer Dauer als mit anderen Mitteln und daher billiger. Das Publikum sei aufzuklären, diese kombinierte Behandlung sobald als möglich nach der Erkrankung aufzusuchen. Redner legt Leitsätze in diesem Sinne vor. Fräßdorf dankt dem Redner für die außerordentlich lehrreichen Ausführungen. Gräf-Frankfurt weist darauf hin, daß das Salvarsan noch eine sehr teuere Sache sei. Er schlägt vor, von den Fabrikanten des Mittels, den Höchster Farbwerken, einen Rabatt auf die eingereichten Rechnungen (Rezepturen) zu erwirken. Nachdem sich noch ein Anhänger des Naturheilverfahrens gegen die Leitsätze gewandt hatte, dem von Justizrat Mayer geantwortet wurde, fand die Resolution einstimmige Annahme.

Im weiteren sprach Rechtsanwalt Dr. Baum-Berlin über das Berliner Arztabkommen vom 23. Dezember 1913. Er holte mit seinen Vortrag weit aus, behandelte die Vertrags- und Koalitionsfreiheit, die Entstehung der gegenwärtigen Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung usw. Das Berliner Abkommen sei rechtlich ein Tarifvertrag zwischen den Kassenverbänden und den Aerztevereinen, die alle die Rechtsfähigkeit besitzen. Beide Parteien können daher aus dem Abkommen rechtliche Nachteile haben. Würde ein Teil nicht mit allen Mitteln auf Einhaltung des Vertrags bedacht sein, so hätte der andere Anspruch auf Schadenersatz. Es genügt allerdings das entsprechende Bemühen des Verbandes; ob er Erfolg hat, gehört nicht zu seiner Haftung. An dem Abkommen können auch nichtorganisierte Kassen und Aerzte teilnehmen. Durch die Eintragung in das Arztregister beim Versicherungsamt unterwirft sich jeder Arzt dem Abkommen. Das Abkommen bedeute für die Kassen keine Niederlage. Das Abkommen müsse gewissenhaft erfüllt werden: Bewahren Sie die Vertragstreue und lassen Sie ihre Vertreter nicht im Stich! Die Umgehung des Kampfes war eine soziale Tat. Die Forderung der Aerzte auf Abstufung des Honorars nach dem Verdienst der Versicherten widerspricht dem Grundgedanken der sozialen Versicherung. — Kretzschmar-Breslau (kommissarischer Vorsitzender der Ortskrankenkasse) glaubt, daß bei dem Abkommen nicht die Interessen der Breslauer Kassen genügend berücksichtigt wurden. Nur dem Umstande, daß Arbeitgeber und Versicherte die Forderungen der Aerzte glatt abwiesen, sei das Berliner Abkommen zu danken. — Pollender-Leipzig verlangt neben dem Kollektivvertrag den Abschluß eines Vertrages mit jedem einzelnen Arzt.

In der hier abgebrochenen und am dritten Tage fortgesetzten Debatte sprachen noch Scholich-Breslau, der gegen Fräßdorf polemisiert, Hof-Karlsruhe, der die Verhältnisse in Baden schildert, Jäcker-Düsseldorf, dem die Abfindung der „Nothelfer" zu gering ist, Pollender-Leipzig, der sich dagegen verwahrt, ein Agent des Aerzte-Verbandes zu sein usw. Nach einem Schlußwort Fräßdorfs wird folgende Resolution einstimmig angenommen:

„Die 21. Jahresversammlung des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen erkennt das Berliner Einigungsabkommen vom 23. Dezember 1913 grundsätzlich an.

Sie verpflichtet die Verbandskassen im besonderen, die in Abschnitt II des Abkommens vorgesehenen Beiträge zur Abfindung der während der Konfliktszeit angenommenen Aerzte zu entrichten.

Das soll auch geschehen in den süddeutschen Staaten, in denen besondere Abkommen be-

Digitized by Google

stehen, wenn die dort tätigen Kassenärzte sich gleichfalls auf den Boden des Abkommens stellen und sich an der Aufbringung der Mittel, wie im Berliner Abkommen vorgesehen, beteiligen."

Sodann referiert Fräßdorf über ein unter Vermittlung des Reichsversicherungsamtes mit den Berufsgenossenschaften getroffenen Abkommens, nach dem die Krankenkassen bei Uebernahme des Heilverfahrens an Unfallverletzten nach den §§ 1513, 1501, 1500 RVO. die wirklichen Aufwendungen ersetzt bekommen. Verwaltungsdirektor Sigmund-Karlsruhe referiert über die Gewährung von Krankengeld für Sonn- und Feiertage ohne Erhebung von Beiträgen für dieselben. Er kritisiert dabei insbesondere eine Entscheidung des Reichsversicherungsamtes, nach der Kassenbeiträge nur für wirkliche Arbeitstage erhoben werden dürfen. Die Frage soll zur nochmaligen anderweitigen Entscheidung gebracht werden. Eichstädt-Weimar begründet eine Petition, nach der den Krankenkassen von den Postbehörden dieselben Vergünstigungen bei Versendung von Geschäftspapieren gewährt wird, wie den Berufsgenossenschaften. Weiter wird beraten über die gegenseitige Krankenhilfe und Kontrolle bei Ueberweisung erkrankter Mitglieder (bei der die wirklichen Aufwendungen nur berechnet werden sollen), über gemeinsame Abschlüsse mit Kurbädern zur Unterbringung von Kassenmitgliedern, über die Weiterfortsetzung der Mitgliedschaft in niederen Klassen oder Lohnstufen (bei der eine Gesetzesänderung nach der Richtung gewünscht wird, daß dies nur 6 Monate angängig ist), über die Gewährung von Barentschädigung an Stelle freier ärztlicher Behandlung von Familienangehörigen (die vom Oberversicherungsamt Merseburg nicht gestattet wird), über den bei Ausstellung und Umtausch der Invalidenversicherungs-Quittungskarten den Kassen entstehenden Verwaltungsaufwandes, das durch die festgesetzte Vergütung nicht gedeckt wird, über die Anstellung bzw. Bestimmung von Kassenrevisoren, die berufsmäßig die einzelnen Verbandskassen revidieren usw.

An Stelle des ausgeschiedenen Verbandsvorstandsmitgliedes Brachel-Köln wird Leichsenring-Straßburg gewählt. Die nächste Hauptversammlung soll in Kassel stattfinden. F. K.

Die Ständige Ausstellung für Arbeiterwohlfahrt

(Reichsanstalt) in Charlottenburg, Frauenhofer Straße 11/12, veröffentlicht ihren Jahresbericht für das Jahr 1913. Von dem Interesse, dessen sich die Ausstellung in immer weiteren Kreisen zu erfreuen hat, gibt vor allem die stetig wachsende Zahl der Besucher Kunde, die sich von rund 32 000 im Vorjahr auf über 35 000 gehoben hat. Was der Ausstellung vor manchen anderen ihren besonderen Wert verleiht, sind die sachverständigen Gruppenführungen, die auf vorherige Anmeldung jederzeit veranstaltet werden; solche Führungen fanden im Jahre 1913 574 mit rund 21 000 Teilnehmern statt. Es waren daran nicht nur Berliner beteiligt, sondern auch von auswärts finden sich häufig Besucher, vornehmlich Gruppen von Werkmeistern und Arbeitern bestimmter Berufe ein, wie auch besondere Führungen für Aufsichtsbeamte, Studiengesellschaften, Teilnehmern an Kursen der verschiedenartigsten Organisationen, Fortbildungsschulen usw. veranstaltet werden. Ihrem Inhalt nach hat die Ausstellung im abgelaufenen Jahre wieder erheblich an Umfang gewonnen. Der im Juni v. J. zusammengetretene fachwissenschaftliche Beirat der Ausstellung hat unter den vorhandenen Ausstellungsgegenständen manche bezeichnet, die den Unfallverhütungsvorschriften und gewerbehygienischen Anforderungen nicht mehr ganz entsprechen und daher auszuscheiden waren. Es ist Sorge getragen, daß die dadurch entstandenen Lücken durch neuere Konstruktionen ersetzt sind. Von mehr als 1100 Ausstellern werden zurzeit rund 3600 Einzelgegenstände zur Ausstellung gebracht. Eine Neuerung besteht in der Veranstaltung von Sonderausstellungen zur Veranschaulichung der gewerbehygienischen und Unfallverhütungseinrichtungen für einzelne Berufsarten; so war u. a. vom April bis Juli v. J. eine solche Ausstellung von Einrichtungen zum Schutze der in Metallbrennen und Metallbeizereien beschäftigten Personen gegen die schädlichen Wirkungen nitroser Gase geöffnet. Einen besonderen Wert erhält der Jahresbericht der Ausstellung durch die Veröffentlichung der Gutachten, die der Beirat über diese Sonderausstellung erstattet hat, und einen Bericht über sie, der Versuche und Beobachtungen widergibt, die der wissenschaftliche Hilfsarbeiter der Verwaltung, Regierungsbaumeister Ernst an den ausgestellten Einrichtungen angestellt hat. Bemerkenswert ist auch die der Ausstellung angegliederte Sammlung von Fachliteratur und die Sammlung von Katalogen und Prospekten, die jedem Besucher zur Einsichtnahme zur Verfügung steht. Daneben wird der Auskunfterteilung und dem Vortragswesen, für das ein Hörsaal mit Lichtbilderapparat und Einrichtung zur Vorführung kinematographischer Aufnahmen vorhanden ist, besondere Aufmerksamkeit geschenkt. So dürfte die Ausstellung ein vortreffliches Mittel zur Orientierung über alle Fragen des Arbeiterschutzes bieten, so daß ihr Besuch, der unentgeltlich ist, warm empfohlen werden kann.

Der Jahresbericht ist auch im Buchhandel, Verlag von Springer, zum Preise von 2 M. erhältlich.

Arbeitslosenversicherung und Arbeitslosenfürsorge in Bayern.

Der Antrag des Bayerischen Staatsministeriums des Innern auf Einstellung von 75 000 M. in den Etat für Zwecke der gemeindlichen Arbeitslosenversicherung war in der Sitzung der Kammer der Abgeordneten am 12. März 1914 angenommen worden. Der II. Ausschuß der Kammer der Reichsräte beschloß mit 8 gegen 3 Stimmen, der Kammer der Reichsräte vorzuschlagen, die Regierungsvorlage abzulehnen, dafür aber im folgenden Kapitel des Etats „zur Förderung der gemeindlichen Arbeitsvermittlung und gemeindlichen Rechtsauskunftstellen und dergleichen" die darin vorgesehenen 25 000 M. auf 100 000 M. zu erhöhen; dieses Kapitel solle dann „zur Förderung der gemeindlichen Arbeitsvermittlung, gemeindlicher Rechtsauskunftstellen, für Zwecke der Bekämpfung der Arbeitslosigkeit und dergleichen" benannt werden.

In der Sitzung am 30. April 1914 lehnte die Kammer der Reichsräte entsprechend dem Antrag des Ausschusses die Regierungsvorlage ab. Auch ein vermittelnder Antrag des Grafen zu Toerring-Jettenbach, die geforderten 75 000 M. allgemein für Zwecke einer geregelten gemeind-

Digitized by Google

lichen Arbeitslosenfürsorge, also nicht ausdrücklich für die gemeindliche Arbeitslosenversicherung, zu bewilligen, fand keine Mehrheit. Dagegen wurde der Antrag des Ausschusses angenommen.

Der Ausschuß der Kammer der Abgeordneten beschloß, der Kammer zu empfehlen, dem Beschluß der Kammer der Reichsräte nicht beizutreten; in der Sitzung am 5. Juni lehnte die Abgeordnetenkammer dementsprechend den Antrag ab. Somit ist sowohl der Antrag der Regierung, einen Zuschuß von 75 000 M. zur städtischen Arbeitslosenversicherung zu gewähren, als auch der Antrag der Reichsratskammer, allgemein für Zwecke der Bekämpfung der Arbeitslosigkeit und dergl. 75 000 M. mehr in den Etat einzustellen, gescheitert.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und recht deutlich zu schreiben.

Dringende Bitte!

In den laufenden Ferienmonaten haben auch die Mitglieder unserer Schriftleitung das Bedürfnis, sich von der anstrengenden Tagesarbeit zurückzuziehen und auswärts Erholung zu suchen. Die Leser der „Arbeiter-Versorgung" werden daher gebeten, während dieser Zeit Anfragen an den Briefkasten nur in sehr dringenden Fällen zu richten und uns ausreichende Zeit zur Beantwortung zu lassen.

Hausgewerbliche Krankenversicherung; volle Wochenbeiträge; gewerblich beschäftigte Dienstboten; häusliche Gemeinschaft im Sinne des § 203 RVO. — und anderes.

1. **Nach Schwelm.** Antwort: a) Ausdrücklich bestimmt § 531 Abs. 2 RVO., daß „dem Bestraften" noch besondere Strafbeiträge auferlegt werden können. Es muß also vorher die Verurteilung aus § 530 verwirkt sein. Anders bei der Invalidenversicherung, wo nach § 1488 die Hauptstrafe und der Strafbeitrag von derselben Instanz, nämlich dem Anstaltsvorstande, auferlegt werden (Entsch. des RVA. 1811 Amtl. Nachr. 1914 S. 383).

b) Dieselbe Bundesratsverordnung v. 20. Dezember 1913, die einstweilen 2% des Ortslohns als Beitrag der hausgewerblich Versicherungspflichtigen festsetzt, bestimmt doch auch, daß die Kasse dann die Regelleistungen auf der Grundlage des Ortslohns zu gewähren hat (Arb.Vers. 1914 S. 38). Es ist also an Krankengeld der halbe Ortslohn, unabhängig von Arbeitgeberzuschüssen, zu zahlen. Freilich ist die Giltigkeit dieser Regelung im Hinblick auf die zwingende Vorschrift in § 482 Abs. 2 Satz 1 neuerdings in Frage gestellt worden (Hahn in Monatsschr. f. Arb.- u. Angest.-Vers. 2 Sp. 448, 449), aber die Praxis der Behörden wird wohl der Bundesratsbestimmung folgen.

c) Art. 29 Einf.Ges. zur RVO. gilt nach der uneingeschränkten Fassung auch zugunsten solcher Landkassenpflichtigen, die bis zum 1. Januar freiwillige Mitglieder einer Orts- oder Betriebskrankenkasse waren.

d) Da nach §§ 442, 468 die Mitgliedschaft erst mit der Eintragung beginnt, kann auch die Beitragspflicht nicht früher beginnen; wohl aber die Zuschußpflicht, weil es hinsichtlich dieser nicht auf die Kassenzugehörigkeit ankommt (§ 470).

e) Die Satzungsvorschrift, welche die Erhebung des vollen Wochenbeitrags vom Eintritt in der ersten Hälfte und vom Austritt in der zweiten Hälfte der Woche abhängig macht (vgl. Musterf. f. OKK. § 52), ist nur verständlich und praktisch durchführbar, wenn man den Sonntag außer Betracht läßt und die erste Hälfte von Montag bis Mittwoch, die zweite von Donnerstag bis Sonnabend rechnet. Danach sind die einzelnen Fälle Ihrer Anfrage zu beurteilen.

f) Bei Arbeitsunfähigkeit sind Beiträge nur für die Dauer der Krankenhilfe, des Wochen- und Schwangerngeldbezugs nicht zu entrichten (§ 383). Ist der Versicherte ausgesteuert und dann noch weiter arbeitsunfähig, so wird die Beitragspflicht wieder wirksam, solange nicht die Abmeldung erfolgt (§ 397).

g) Dienstboten, die zugleich im Gewerbe beschäftigt werden, sind nur dann als Gewerbegehilfen nach den allgemeinen Vorschriften (nicht nach §§ 435 ff.) versichert, wenn diese Beschäftigung „nicht für sich allein nach § 168 versicherungsfrei ist" (§ 439). Ob nun eine gewerbliche Beschäftigung von täglich 1 bis 2 Stunden gemäß § 168 und Ziff. I 3 der Bek. v. 17. November 1913 (Arb.-Vers. 1913 S. 448) versicherungsfrei ist, d. h. ob der darauf entfallende Teil des Entgelts für den Lebensunterhalt „nicht wesentlich" ist, läßt sich nicht allgemein sagen, sondern hängt von den besonderen Umständen des Falles ab. Oft wird, bei Berücksichtigung der ausgedehnten Arbeitszeit der häuslichen Dienstboten die Wesentlichkeit zu verneinen sein, aber die Sache kann auch anders liegen. Bei hochgelohnten Dienstboten und namentlich dann, wenn die Lohnbemessung gerade mit Rücksicht auf jene Nebenbeschäftigung eine besonders hohe ist, wird — bei Zugrundelegung von insgesamt etwa 10 Arbeitsstunden — $^1/_{10}$ bis $^1/_5$ des Gesamtlohns, einschließlich Kost und Wohnung, immerhin für den Lebensunterhalt „wesentlich", wenn auch nicht ausreichend sein. In solchen Fällen werden also die allgemeinen, nicht die für Dienstboten geltenden besonderen Vorschriften anzuwenden sein. — Leider haben wir es auch hier wieder mit einer recht unsicheren Regelung zu tun.

Digitized by Google

h) Wir nehmen an, daß dem unverheirateten Reisenden die elterliche Wohnung als natürlicher Zufluchtsort im Fall einer Erkrankung jederzeit offen stand. Wenn der Erkrankte hiervon tatsächlich Gebrauch gemacht hat, so lebte er mit seinen Eltern in häuslicher Gemeinschaft, die auch dadurch nicht gelöst wurde, daß er zwei Wochen später von der Kasse einem Krankenhause überwiesen wurde, wo er alsdann starb. Wir halten daher den Anspruch des Vaters auf Sterbegeld nach § 203 für begründet.

Auch wo eine Krankenordnung bereits vorhanden ist, ist nach § 347 RVO. zu verfahren.

2. **Nach Bochum.** Frage: Ist eine bereits früher als allgemeine Ortskrankenkasse bestandene und jetzt als solche wieder zugelassene Kasse verpflichtet, eine neue Krankenordnung aufzustellen, oder kann die bereits vorhandene, allen Anforderungen genügende, weiter beibehalten werden?

Antwort: Nach dem neuen Rechte (§ 347 RVO.) müssen der Ausschuß und das zur Genehmigung berufene Versicherungsamt mit der Frage befaßt werden, ob die bisherige Krankenordnung auch unter den durch die Neuordnung geschaffenen veränderten Verhältnissen genügt oder welche Aenderungen geboten erscheinen.

Streit aus § 420 RVO. ist nach § 405 Abs. 2 zu entscheiden.

3. **Nach Liegnitz.** Frage: Eine Landkrankenkasse hat den Antrag eines Arbeitgebers auf Ermäßigung der Beiträge auf Grund des § 420 RVO. abgelehnt. Gegen diese Ablehnung hat der Arbeitgeber Beschwerde beim Oberversicherungsamt erhoben. Ist gegen die ablehnende Haltung der Kasse überhaupt ein Rechtsmittel zulässig? § 405 Abs. 2 RVO. kann wohl nicht in Frage kommen?

Antwort: Wir meinen doch, daß nach § 405 Abs. 2 zu entscheiden ist. Es handelt sich nicht nur um Ermäßigung der Beiträge, sondern um einen Streit über das Versicherungsverhältnis, nämlich um Einschränkung der Versicherung durch Wegfall des Krankengeldes und nur in Verbindung damit auch um entsprechende Ermäßigung der Beiträge. Solcher Streit über die nähere Bestimmung des Versicherungsverhältnisses fällt auch unter § 405 Abs. 2 (vgl. Hahn, Handb. S. 574 Anm. 2a zu § 405).

Beginn der 26wöchigen Unterstützungsdauer bei Gewährung von Wochengeld.

4. **Nach Cassel.** Antwort: Auf die 26wöchige Dauer der Krankenhilfe ist die Zeit, in der Wochengeld gewährt wird, nicht einzurechnen. Dieses wird zuerst gewährt, und erst wenn die Bezugsdauer dafür abgelaufen ist, beginnt der Bezug des Krankengeldes, mag auch schon vorher die Krankheit begonnen haben; denn § 195 Abs. 3 bestimmt, daß neben Wochengeld nicht Krankengeld gewährt wird. Erfolgte die Niederkunft am 29. Dezember 1913, so war Wochengeld zu gewähren bis einschließlich 23. Februar 1914, und vom 24. Februar ab ist die 26wöchige Frist der Krankenhilfe zu rechnen. (Vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 7 zu § 195.)

Ungiltige Satzungsvorschrift über die Bestimmung der Lohnklasse für die sich freiwillig weiter versichernden Mitglieder.

5. **Nach Bgn.** Antwort: Die Vorschrift Ihrer Satzung, daß der Vorstand diejenigen Mitglieder, die sich freiwillig weiterversichern, in eine ihrem jeweiligen Verdienst entsprechende Lohnklasse versetzen könne, ist ungiltig; denn sie steht im Widerspruch mit § 313 RVO. Nach diesem ist es in das Ermessen des Mitgliedes gestellt, ob es in seiner bisherigen Klasse bleiben oder in eine niedrigere übertreten will; auf den Verdienst kommt es hierbei nicht mehr an. Daher haben auch die weiblichen Mitglieder, wenn sie aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung, vielleicht infolge Heirat ausscheiden, das Recht, in ihrer bisherigen Klasse zu bleiben, auch wenn sie weniger, als bisher, oder gar nichts verdienen. Selbstverständlich müssen sie auch die ihrer Lohnklasse entsprechenden Beiträge zahlen und haben ebenso Anspruch auf die ihr entsprechenden Kassenleistungen, namentlich auf das entsprechende Wochengeld.

Ersatzkassen haben keinen Anspruch auf Ersatz aus der Unfallentschädigung, soweit sie nur als Zuschußkassen dienen.

6. **Nach Schw. G.** Antwort: Im § 25 GUVG. waren neben den anderen Krankenkassen auch die eingeschriebenen Hilfskassen und „anderen Unterstützungskassen" erwähnt. Entsprechend bezog sich der § 1508 des Entw. der RVO. (jetzt § 1528) nicht nur auf Ersatzkassen, sondern auch auf „Sterbe- und andere Unterstützungskassen". Die Kommission hat aber diese letzteren Worte gestrichen (Ber. V S. 22 ff.), weil kein Grund ersichtlich sei, solchen privaten Kassen einen Ersatzanspruch für Leistungen zuzugestehen, die sie als Gegenleistung für empfangene Beiträge zu gewähren haben. Nach diesem inneren Grunde wird man auch einem Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, der als Ersatzkasse zugelassen ist, den Anspruch auf Ersatz aus der Unfallentschädigung nur insoweit zugestehen können, als er tatsächlich als Ersatzkasse dient, nicht also hinsichtlich derjenigen Mitglieder, die sich der Kasse nur als Zuschußkasse neben der gesetzlichen Pflichtversicherung bedienen.

Krankenversicherung der Hebammen und Hausschneiderinnen.

7. **Nach Sch. K. 99.** Antwort: a) Hebammen sind nach § 7 Ziff. 2 der Satzung (§ 176 Ziff. 3 RVO.) bei einem Höchsteinkommen von 2500 Mark jährlich berechtigt, sich gegen Krankheit zu versichern. Versicherungspflichtig wären sie selbst dann nicht, wenn sie als Bezirkshebammen von der Gemeinde oder dem Kreise eine Vergütung erhielten. (Vgl. Arb.-Vers. 1914 S. 293 Ziff 1). b) Hausschneiderinnen, d. h. solche Schneiderinnen, die im eigenen Hause für die Privatkundschaft Kleider anfertigen, sind zwar selbständige Gewerbetreibende, aber nicht Hausgewerbtreibende; denn sie arbeiten nicht für andere Gewerbetreibende (§ 162 RVO.). Daher sind sie versicherungsberechtigt, wenn sie regelmäßig keine oder höchstens zwei Versicherungspflichtige beschäftigen.

Digitized by Google

Hat die Kasse, wenn Beiträge zurückgefordert werden, hierüber förmlich zu „entscheiden"?

8. **Nach K.** Antwort: Wenn der Arbeitgeber Beiträge, als vermeintlich zu Unrecht eingezogen, von der Kasse zurückfordert und diese sich ablehnend verhält, so besteht Streit im Sinne des § 405 Abs. 2 RVO., so daß die Voraussetzung für die Entscheidung des Versicherungsamts nach der klaren Vorschrift des Gesetzes ohne weiteres gegeben ist. Das Versicherungsamt irrt also, wenn es verlangt, daß zunächst die Kasse entscheiden und die Entscheidung dem Arbeitgeber zustellen solle. Der Hinweis der Kasse auf die Ausführungen bei Hahn, Anm. 5 zu § 405 ist durchaus zutreffend. Da aber das Versicherungsamt, in höchst eigenartiger Verkennung seiner Aufgaben und seiner Stellung zur Kasse, die Geltendmachung einer ihm nicht einleuchtenden Rechtsauffassung als eine „Unterstellung" bezeichnet, die es sich „aufs entschiedenste verbittet", und da es auf dem Verlangen, daß die Kasse Erhebungen anstellen und „entscheiden" solle, beharrt, so wird die Kasse gut tun, diese Anordnung, die wohl eine aufsichtliche sein soll, durch Beschwerde beim Oberversicherungsamt anzufechten.

Arbeitgeberzuschüsse für Hausgewerbtreibende, welche freiwillige Mitglieder der Kasse bleiben.

9. **Nach Zeitz.** Frage: In Nr. 17 S. 416 Ziff. 7 finden wir Bescheid, in welchem ausgeführt wird, daß Hausgewerbtreibende, welche schon der Kasse als freiwillige Mitglieder angehören, nicht in das Verzeichnis für Hausgewerbe eingetragen zu werden brauchen, sondern freiwillige Mitglieder bleiben können. Können wir in solchen Fällen die gezahlten Zuschüsse direkt an die betreffenden Mitglieder gegen Quittung auszahlen?

Antwort: Daß die Zuschüsse auch für diese Hausgewerbtreibenden gezahlt werden müssen, ergibt § 470 RVO. Aus § 478 Abs. 1 ergibt sich, daß ihnen die Zuschüsse auch gutgeschrieben werden müssen, d. h. daß sie ihnen jedenfalls zustatten kommen sollen. Da sie nun als freiwillige Mitglieder die vollen Beiträge leisten und dafür die vollen Leistungen erhalten, und da ein Fall des § 478 Abs. 2 nicht vorliegt, wird man annehmen müssen, daß die Kasse (entsprechend wie bei der Vollversicherung nach § 485 Abs. 2) die Zuschüsse dem Hausgewerbtreibenden auszuzahlen oder zu verrechnen hat. Wenn aber der Hausgewerbtreibende Hilfspersonen beschäftigt, wird dies freilich nicht angängig sein, weil dann die Gutschrift zur Deckung der Kassenleistungen für diese stehen bleiben muß (vgl. §§ 481, 482, 484; Hahn, Handb. der KrVers. Anm. zu § 478).

Fortdauernde Verletzung der Meldepflicht bezüglich solcher Personen, die vor dem 1. Januar zur Gemeindekrankenversicherung gehörten.

10. **Nach Würzburg.** Antwort: Versicherungspflichtige waren, wo keine Ortskrankenkasse bestand, bei der Gemeindekrankenversicherung kraft Gesetzes versichert (§ 4 KVG.), auch wenn die vorgeschriebene Anmeldung unterblieben war. Bei der Schließung der Gemeindekrankenversicherung sind sie infolge der Ueberweisung nach § 300 RVO. in Verbindung mit Art. 14 Einf.-Gesetz am 1. Januar 1914 zur Allg. Ortskrankenkasse übergetreten. Deshalb dauerte dieser Kasse gegenüber die schon der Gemeindekrankenversicherung gegenüber begründete und unerfüllt gebliebene Meldepflicht des Arbeitgebers fort, und es sind gegen ihm vom 1. Januar 1914 ab die §§ 317, 530, 531 anzuwenden.

Ersatzanspruch der Versicherungsanstalt wegen eines Heilverfahrens.

11. **Nach Fürstenwalde.** Antwort: Läßt die Versicherungsanstalt ein Heilverfahren eintreten, so hat diese dem Kranken die Kassenleistungen zu gewähren (§ 1518 Abs. 2 RVO.). Ihm gegenüber hat die Kasse also keine Verpflichtung. Sie muß aber der Versicherungsanstalt als Ersatz das Krankengeld zahlen, soweit es sonst der Kranke zu beanspruchen hätte (§ 1518 Abs. 2). Danach hat Ihre Kasse während der von der Versicherungsanstalt veranlaßten Heilanstaltsbehandlung zu Unrecht an den Kranken Taschengeld gezahlt und kann es von ihm zurückverlangen. Auf jeden Fall muß sie, gleichviel ob es ihr erstattet wird oder nicht, der Versicherungsanstalt, die ja übrigens das Taschengeld gezahlt hatte, das volle Krankengeld als Ersatz zahlen.

Zur Verrechnung der Arbeitgeberzuschüsse für Hausgewerbtreibende.

12. **Nach Oelsnitz.** Frage: Es kommt häufig vor, daß Hausgewerbtreibende sich erst jetzt — also ½ Jahr nach Inkrafttreten der hausgewerblichen Krankenversicherung — bei der Kasse anmelden, während die Zuschüsse für diese Personen seit dem 1. Januar 1914 eingezahlt sind. Da die Beitragspflicht der Hausgewerbtreibenden erst mit dem Tage der Anmeldung bei der Kasse beginnt, so ist es fraglich, ob den Hausgewerbtreibenden sämtliche seit dem 1. Januar 1914 eingezahlten Zuschüsse auf ihre Beiträge verrechnet werden oder nur die seit dem Tage der Anmeldung des Hausgewerbtreibenden eingezahlten Zuschüsse?

Antwort: Dem Hausgewerbtreibenden sind nur die für ihn eingezahlten Arbeitgeberzuschüsse gutzuschreiben, die auf eine Zeit entfallen, in der er versichert war. Denn soweit er noch nicht versichert war, trotzdem aber Zuschüsse gezahlt worden sind, handelt es sich eben um Zuschüsse für Nichtversicherte, und sie sind nach § 478 Abs. 2 RVO. von der Kasse zur Deckung von Ausfällen zu verwenden, die ihr bei der Versicherung ihrer hausgewerblichen Versicherungspflichtigen entstehen.

Bitte.

Die **Allgemeine Ortskrankenkasse für die Stadt Uelzen** bittet Krankenkassen, welche Familienunterstützung, namentlich ärztliche Behandlung und Arznei, bereits eingeführt haben, um Mitteilung der damit gemachten Erfahrungen und Ratschläge. Wir würden auch für Angabe von Adressen solcher Krankenkassen dankbar sein.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Dippe; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe; Geh. Regierungsrat Professor Dr. Laß, Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Rat Dr. Olshausen; Geheimrat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1073 der ganzen Folge

31. Jahrgang | **11. August 1914** | **Heft 23**

Der Krieg.

Wer den Frieden will, muß sich für den Krieg bereit halten. Deutschland hat sich gerüstet, weil es den Frieden wollte. Seit 44 Jahren hat es diesen Willen nicht nur verkündet, sondern vielfältig bewährt. Und wenn es in all dieser Zeit sein Schwert scharf hielt, so hat es darüber hohe Werke des Friedens nicht versäumt und hat besonders in seiner für alle Kulturvölker vorbildlichen Sozialversicherung ein Werk, das für sich allein schon als Bürgschaft ernsten Friedenswillens gelten sollte, geschaffen und bis zur Stunde ausgebaut.

Bis zur Stunde, in der unserem arbeitsfreudigen Volke durch die gewissenloseste Herausforderung und Bedrohung das Schwert in die Hand gezwungen worden ist! Nun wird auch unsere Sozialversicherung schwere Prüfungen zu bestehen haben. In großer Zahl werden Mitglieder, Beamte und Angestellte der Versicherungsbehörden und der Organe der Versicherungsträger ihrer sozialen Arbeit im Innern des Reiches entzogen, um den äußeren Feind von den Grenzen abzuwehren. Nur schwer werden die Lücken auszufüllen sein, und der Heimbleibenden wartet eine vermehrte Last der Arbeit und Verantwortung. Neue Zweifelsfragen und Schwierigkeiten der Verwaltung werden sich ergeben. In welchem Maße der Krieg die Ansprüche an die Versicherungsträger steigern, die Einnahmen aber mindern wird, ist noch nicht annähernd zu übersehen und abzuschätzen.

Eine schwere und harte Prüfung steht uns bevor. Aber wenn nicht nur unsere Sorge, sondern auch unser Vertrauen die kampfbereiten Brüder begleitet, so dürfen auch sie das Vertrauen mitnehmen, daß die daheim Gebliebenen treu auf der Wacht des sozialen Friedens stehen und im ernsten Bewußtsein gesteigerter Verantwortung ihres Amtes walten werden.

Digitized by Google

Der Nachweis der ehelichen Geburt im Rentenfeststellungsverfahren (§§ 1259, 1291 RVO.).

Von Regierungsrat Seitz, Mitglied des Vorstands der Vers.-Anst. Württemberg, in Stuttgart.

Anläßlich des Todes eines Versicherten hat dessen Witwe für einen nach dem Inkrafttreten des Bürgerlichen Gesetzbuches geborenen 11jährigen Sohn den Antrag auf Bewilligung der Waisenrente gestellt. Ein Eintrag der Legimation durch nachfolgende Ehe im Geburtsregister im Sinn des § 26 des Personenstandgesetzes lag nicht vor. Wohl aber hatte der Ehemann im Familienregister eine vom früheren Standesbeamten entworfene, undatierte und unbeurkundete Erklärung unterschrieben, wonach er sich als leiblicher Vater des von seiner Ehefrau in die Ehe gebrachten Kindes bekannte, auch hatte die Mutter der Witwe und ihr Schwager, der jetzige Standesbeamte, sich bereit erklärt, eidlich zu erhärten, daß der Verstorbene die leibliche Vaterschaft des Kindes stets anerkannt habe. Der Waisenrentenantrag wurde von der Versicherungsanstalt abgelehnt, weil der Nachweis der Legitimation durch nachfolgende Ehe nicht in einer dem Personenstandsgesetz genügenden Form geführt sei. Die Witwe erhob Berufung, wurde aber abgewiesen, weil der Nachweis der Vaterschaft nur in einer dem Personenstandsgesetz genügenden Weise erbracht werden könne und der Spruchkammer die Zuständigkeit zur Feststellung, daß dieser Nachweis erbracht sei, fehle. Der Klägerin wurde anheimgegeben, im Wege der Feststellungsklage (§ 256 ZPO.) die rechtliche Eigenschaft ihres Sohnes als eines ehelichen Kindes durch Urteil des bürgerlichen Gerichts feststellen zu lassen und im Falle des Erfolgs den Anspruch auf Waisenrente zu erneuern.

Etwa ein Vierteljahr später, als das Urteil der Spruchkammer längst rechtskräftig war, erhielt die Versicherungsanstalt von der Zivilkammer des Kgl. Landgerichts St. die Klage zugestellt, in welcher beantragt wurde, festzustellen, daß der Waisenrentenbewerber das eheliche Kind des Versicherten und seiner Ehefrau sei, und die Versicherungsanstalt in die Kosten des Rechtsstreits zu verurteilen. Die Versicherungsanstalt überzeugte sich nach anfänglichem Zweifel, daß sie jeden nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung genügenden Nachweis der Ehelichkeit gegen sich gelten lassen müsse; und da sicher anzunehmen war, daß ein solcher Nachweis erbracht werden konnte, sah sie von der Erhebung formeller Bedenken ab und erkannte ihre Verpflichtung zur Gewährung einer Waisenrente unter Uebernahme der Kosten an.

In der demzufolge ergangenen Zahlungsanweisung an die Post wurde das Kind nach dem Geschlechtsnamen der Mutter aufgeführt in der Erwägung, daß die Anerkennung der Ehelichkeit durch die Versicherungsanstalt eine Rechtswirkung nur zwischen den Parteien haben könne und eine rechtspolizeiliche Grundlage zu einer Aenderung in der Namensführung nicht bilde. Die Mutter verweigerte die Annahme dieser Zahlungsanweisung und ließ durch das Standesamt eine Eingabe an die Versicherungsanstalt richten, in der sie selbst und der Standesbeamte behaupteten, daß das Kind nun das Recht habe, den Geschlechtsnamen des Vaters zu führen. Die Versicherungsanstalt gab diese Eingabe dem zuständigen Amtsgericht zur Entscheidung. Dieses stellte sich auf den Standpunkt der Versicherungsanstalt. Dabei stellte sich heraus, daß es der Mutter viel weniger um die Waisenrente, als um die Namensführung zu tun war, daß sie gerade vom Amtsgericht den Rat erhalten hatte, gegen die Versicherungsanstalt ein Anerkenntnisurteil zu erwirken, um auf Grund desselben das Personenstandsregister ergänzen zu können, und daß der bevollmächtigte Rechtsanwalt den Prozeß gegen die Versicherungsanstalt hätte unter Uebernahme sämtlicher Kosten zu Ende führen sollen.

Digitized by Google

Dies ist in kurzem der Tatbestand, dessen rechtliche Würdigung — wie es häufig der Fall ist, beim Ineinandergreifen des Privatrechts und des öffentlichen Rechts — gewisse Schwierigkeiten in sich birgt.

I. Nach § 1259 RVO. erhalten unter anderem Waisenrenten nach dem Tode des versicherten Vaters seine ehelichen Kinder unter 15 Jahren, wenn der Verstorbene (vgl. § 1252 RVO.) die Wartezeit für die Invalidenrente erfüllt und die Anwartschaft aufrecht erhalten hat. Unter ehelichen Kindern im Rechtssinne können an sich nur diejenigen Kinder verstanden werden, die aus einer staatlich anerkannten Ehe hervorgegangen sind. Die nach bürgerlichem Recht den ehelichen Kindern gleichgestellten Kinder, insbesondere diejenigen, die durch nachfolgende Ehe legitimiert sind, stehen aber auch auf dem Gebiete der sozialen Versicherung den ehelichen Kindern gleich.

Der Waisenrentenanspruch ist ein öffentlich rechtlicher Anspruch, der nach § 1613 die Stellung eines Antrags voraussetzt. Nach § 79 der Verordg. über Verfahren vor dem VA. sind mit dem Antrag vorzulegen, unter anderem die Geburtsurkunden der Waisen und die zur Begründung des Anspruchs erforderlichen Heirats- und Sterbeurkunden. Wenn man erwägt, daß bei der Prüfung des Waisenrentenantrags die Versicherungsanstalt nicht als Partei, sondern als öffentliche Behörde tätig wird, und daß die Allgemeinheit, insbesondere wegen des Reichszuschusses ein erhebliches Interesse daran hat, daß der Waisenrentenbewilligung nur ein einwandfreier Nachweis der Ehelichkeit zugrunde gelegt wird, so liegt der Schluß ziemlich nahe, daß der Versicherungsträger vom Rentenbewerber *verlangen* kann und muß, daß er den Ehelichkeitsnachweis in der gedachten Form vorlege, und daß er, sofern ihm dies nicht möglich ist, zunächst einmal die entgegenstehenden Hindernisse aus eigener Kraft beseitige. Dennoch hält diese Anschauung einer näheren Prüfung nicht Stand. Die Legitimation durch nachfolgende Ehe ist ein Rechtsverhältnis, das seinem Wesen nach dem Gebiet des Privatrechts angehört. § 1719 BGB. bestimmt: „Ein uneheliches Kind erlangt dadurch, daß sich der Vater mit der Mutter verheiratet, mit der Eheschließung die rechtliche Stellung eines ehelichen Kindes". Die Legitimation durch nachfolgende Ehe tritt also kraft Gesetzes ein; es bedarf weder einer besonderen Erklärung der Eltern, noch einer Zustimmung des Kindes. Wer seine Rechte auf die Ehelichkeit des Kindes stützt, hat den Beweis der Vaterschaft zu führen. Die Anerkennung der Vaterschaft in einer öffentlichen Urkunde begründet zwar die Vermutung der Beiwohnung in der Empfängniszeit und damit die Vermutung der Vaterschaft, sie ist aber nach dem bürgerlichen Recht keine notwendige Beweisform für die Vaterschaft. Der Nachweis der Legitimation kann vielmehr mit allen Beweismitteln erbracht werden. (*Endemann*, Lehrbuch des bürgerlichen Rechts, 3.—5. Aufl., Bd. II § 208, *Staudinger*, Komm. z. BGB. 7.—8. Aufl., Anm. 4 u. 6 zu § 1719, *Planck*, BGB. 1. u. 2. Aufl., Anm. 3 zu § 1720.)

Die Reichsversicherungsordnung enthält keine besondere Norm, die eine abweichende Auffassung für ihr Rechtsgebiet rechtfertigen könnte. Sie ist vielmehr in dem Bestreben, in möglichst formloser Weise von Amtswegen die materielle Wahrheit zu ergründen, den Beweisregeln und Rechtsvermutungen grundsätzlich viel abgeneigter, als das Bürgerliche Gesetzbuch. Hiernach ist es völlig ausgeschlossen, daß in § 79 der Verordnung eine Beweisregel dahin aufgestellt werden wollte und konnte, daß der Nachweis der Ehelichkeit *nur* im Wege der Vorlage von Urkunden erfolgen dürfe, welche den Vorschriften des Personenstandsgesetzes genügen.

Ist hiernach die Legitimation durch nachfolgende Ehe und der hierüber zu führende Beweis vollständig nach den Grundsätzen des Privatrechts zu beurteilen, so folgt daraus noch nicht, daß über den Ehelichkeitsnachweis im Streitfall nur durch ein bürgerliches Gericht entschieden werden könne. Eine mit dem Eintritt der Rechtskraft *gegen alle wirksame* Entscheidung über die Ehelichkeit wird allerdings nur durch die bürger-

Digitized by Google

lichen Gerichte, und zwar im Wege des § 640 ZPO. getroffen werden können. Ebenso wird ein Urteil, das als Grundlage zu einer Aenderung des Zivilstandsregisters dienen soll, stets von einem bürgerlichen Gericht auszugehen haben, weil für diesen Zweck die Verpflichtung zur Anerkennung der Vaterschaft im Urteilstenor ausgesprochen sein muß. Dagegen ist nicht abzusehen, weshalb die Frage der Ehelichkeit als Vorfrage in einem öffentlich rechtlichen Rechtsstreit nicht auch durch andere öffentliche Behörden, als die bürgerlichen Gerichte, sollte entschieden werden können. So urteilen die Verwaltungsgerichte bei Streitigkeiten über die Staatsangehörigkeit (vgl. Entsch. des bay. VGH. v. 1. April 1898, Reger, Bd. 18, S. 471), ferner das Bundesamt für Heimatwesen in ständiger Rechtsprechung auf dem Gebiet des Unt.-Wohns.-Ges. (vgl. z. B. Wohler, Entsch. Bd. 35 S. 24, 29, Bd. 12 S. 145), endlich auch im Gebiete der Unfallversicherung das Reichsversicherungsamt, Rekursentsch. 1487 Amtl. Nachr. 1896 S. 219. In dem dieser Entscheidung zugrunde liegenden Fall hat das Reichsversicherungsamt auf Grund der Einsichtnahme der amtsgerichtlichen Vormundschaftsakten die Ueberzeugung erlangt, daß die Voraussetzungen der Legitimation durch nachfolgende Ehe erfüllt waren, und aus diesem Grunde dem in Betracht kommenden vorehelichen Kind die Unfallwaisenrente zugebilligt.

Aber auch aus einer Vorschrift der Reichsversicherungsordnung selbst geht hervor, daß den Feststellungsinstanzen der Arbeiterversicherung das Recht zusteht, derartige privatrechtliche Vorfragen in eigener Zuständigkeit zu entscheiden. Der dem § 77 GUVG. nachgebildete § 1654 RVO. bestimmt: „Hängt der Anspruch von einem familienrechtlichen oder erbrechtlichen Verhältnis ab, so kann der Vorsitzende den Beteiligten aufgeben, das Verhältnis im ordentlichen Rechtswege feststellen zu lassen. Er bestimmt zugleich, bis wann die Klage zu erheben ist. Die Frist kann auf Antrag verlängert werden." Daraus geht hervor, daß die Feststellungsinstanzen derartige privatrechtliche Vorfragen nach freiem Ermessen entweder in eigener Zuständigkeit prüfen oder aber an die bürgerlichen Gerichte verweisen können. In einem Falle dieser Art hatte das Reichsversicherungsamt, obwohl nach bürgerlichem Rechte, die gesetzliche Vermutung für die Ehelichkeit des Kindes sprach, doch dem Vertreter des Kindes aufgegeben, zunächst die Feststellung, daß diesem die Rechte eines ehelichen Kindes zustehen, im ordentlichen Rechtsweg, und zwar gegen die betreffende Berufsgenossenschaft herbeizuführen. Als der Vertreter des Kindes dieser mit 3 Monaten befristeten Auflage nicht nachkam, hat das Reichsversicherungsamt den Verlust des erhobenen Entschädigungsanspruchs und damit die Zurückweisung des Rekurses ausgesprochen. (Arb.-Vers. 1895 S. 647.) Hieran tadelt Hilse in Arb.-Vers. 1896 S. 277 ff., insbesondere S. 280/281, daß das Reichsversicherungsamt nicht der für die Unehelichkeit beweispflichtigen Berufsgenossenschaft die Auflage der Feststellung der Unehelichkeit im Wege des Zivilprozesses gemacht habe. Er übersieht, daß im Verfahren vor den Versicherungsbehörden die Beweislast nicht dieselbe Rolle wie im Zivilprozeß spielt, daß vielmehr die Aufklärungspflicht der Versicherungsbehörde die Annahme ausschließt, daß einer Partei eine Beweislast obliegen könnte. (Lehmann, im Hanowschen Komm. Anm. 4 zu § 1665 RVO.)

II. Es fragt sich nun aber noch, wie der Ehelichkeitsnachweis im Verfahren des Versicherungsträgers, insbesondere auf dem Gebiet der Invalidenversicherung in der Instanz der Versicherungsanstalt zu führen ist. Als oberster Grundsatz muß auch hier gelten, daß dieser Nachweis, wie jede andere Anspruchsvoraussetzung, der Beweiswürdigung durch den Versicherungsträger unterliegt. Deshalb hat auf dem Gebiet der Invalidenversicherung auch das Versicherungsamt bei seiner vorbereitenden Tätigkeit seine Erhebungen gemäß § 1617 RVO. auf den Nachweis der Ehelichkeit mit zu erstrecken. Es kann zu diesem Zweck gemäß § 1652 RVO. Zeugen eidlich vernehmen. Von besonderer Bedeutung ist hierbei § 385 Ziff. 2 und 3

Digitized by Google

ZPO., wonach die wegen nahen Familienbeziehungen zur Zeugnisverweigerung berechtigten Personen (Verlobte, Ehegatten, nahe Verwandte und Verschwägerte) das Zeugnis nicht verweigern dürfen, wenn sie über Geburten, Verheiratungen oder Sterbefälle von Familienmitgliedern, oder über Tatsachen, welche die durch das Familienverhältnis bedingten Vermögensangelegenheiten betreffen, aussagen sollen, und zwar darf die Zeugnisverweigerung nach § 385 Abs. 1, vgl. mit § 384 Ziff. 1 ZPO., auch dann nicht erfolgen, wenn die Beantwortung der vorgelegten Fragen dem durch nahe Familienbeziehungen Verbundenen einen unmittelbaren vermögensrechtlichen Schaden verursachen würde. Auch einer Beeidigung solcher Zeugen steht nach § 393 Ziff. 3 ZPO. kein Hindernis im Wege. Was das Versicherungsamt nicht tun kann, das ist die Verweisung der Feststellung des Familienverhältnisses auf den Zivilrechtsweg im Sinne des § 1654 RVO. Das ist dem Versicherungsamt als Vorbereitungsinstanz der Invalidenversicherung durch § 1622 Abs. 2 RVO. ausdrücklich verboten. Wenn das Versicherungsamt von dem ihm hiernach zustehenden Befugnissen ausgiebigen Gebrauch macht, so wird die Versicherungsanstalt in der Regel ihre Entschließung ohne weiteres sachgemäß treffen können. Wie aber verhält es sich, wenn das Versicherungsamt versagt und die Landesversicherungsanstalt den Einzug weiteren Beweises für geboten erachtet? Hat sie selbst Erhebungen anzustellen, und darf sie zu diesem Zwecke Rechtshilfe nach § 115 RVO. fordern? Die Frage würde nach den Ausführungen eines Ungenannten in Arb.-Vers. 1914 S. 59 ff. zu verneinen sein. Gegen diese Ansicht hat aber Schlenther in Arb.-Vers. 1914 S. 201 ff. mit guten Gründen Stellung genommen. Auch eine in den Amtl. Nachr. 1913 S. 756 abgedruckte Verfügung des Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe vom 24. Oktober 1913 vindiciert den Landesversicherungsanstalten das Recht, Versicherungsämter und Gerichte um eidliche Vernehmung von Zeugen und Sachverständigen zu ersuchen und auf diese Weise für ihre Entschließung den festen Boden zu schaffen. Ich bemerke hierzu: Der Bescheid des Vorstandes der Versicherungsanstalt ist weder eine Parteierklärung, noch ein richterliches Urteil, sondern ein Verwaltungsakt. Der Vorstand der Versicherungsanstalt ist eine öffentliche Verwaltungsbehörde, und hat als solche einen Kreis öffentlicher Aufgaben zu erfüllen. Um seine Entschließungen zu treffen, hat er, wie jede andere öffentliche Behörde, innerhalb der gesetzlichen Schranken das Recht und die Pflicht der Aufklärung des Sachverhalts. Soweit ein formales Verfahren vorgeschrieben ist, hat er selbstverständlich dieses zu beachten; im übrigen aber hat er, wie jede andere Verwaltungsbehörde, Freiheit der Bewegung, und niemals gibt der Umstand, daß es an einer Verfahrensvorschrift fehlt, einen Grund ab, untätig zu sein, oder auf ungenügender Grundlage seine Entschließung zu treffen. Der Schluß, daß der Bescheid des Vorstands der Versicherungsanstalt, weil er der Rechtskraft fähig ist, den rechtlichen Charakter eines richterlichen Urteils habe, ist ein Trugschluß, und damit fallen auch alle weiteren auf ihn gebauten Deduktionen in sich selbst zusammen. Dem Verwaltungsakt als solchem, und speziell auch dem Bescheid der Versicherungsanstalt liegt keine Streitsache zugrunde; bei ihm ist daher die Rechtskraftfähigkeit nicht ein kraft der Art seiner Entstehung notwendiges Wesensmerkmal, wie beim richterlichen Urteil. Dennoch gibt es der Rechtskraft fähige Verwaltungsakte, nicht bloß auf dem Gebiete der sozialen Versicherung, sondern in den verschiedensten Verwaltungszweigen. Diesen Verwaltungsakten kommt die Rechtskraftfähigkeit entweder, wie bei den Bescheiden der Versicherungsanstalt kraft ausdrücklicher Gesetzesbestimmung (vgl. § 1631 Abs. 4 RVO.) oder, wie z. B. bei zahlreichen staatlichen Bewilligungen, Konzessionen usw., also wenn es sich um subjektive öffentliche Rechte handelt, als unumgängliches Erfordernis der Rechtssicherheit zu. Dadurch ändert sich aber der Rechtscharakter der Verwaltungsentscheidung als solcher nicht. Von richterlichen Urteilen kann also in diesen Fällen keine Rede sein.

Digitized by Google

Von diesem Standpunkt aus kann kein Zweifel sein, daß auch die Landesversicherungsanstalt das Recht hat, weiteren Beweis über die Ehelichkeit eines Waisenrentenbewerbers einzuziehen, und zwar im Wege der Rechtshilfe im Sinne des § 115 RVO. Sie kann sich hierbei entweder an das Versicherungsamt oder an das zuständige Amtsgericht wenden. Letzteres wird sich mehr empfehlen, weil das Amtsgericht im allgemeinen über die einschlägigen Rechtsmaterien besser orientiert ist, und weil auf diese Weise ein den Vorschriften des § 26 des Personenstandsgesetzes genügender Nachweis zu entsprechender Berichtigung bezw. Ergänzung der Personenstandsregister gewonnen wird, was im Interesse des Waisenrentenbewerbers gelegen ist. Als öffentliche Urkunde im Sinne des § 26 gelten nämlich noch § 167 des Gesetzes über die freiwillige Gerichtsbarkeit (abgesehen von den anläßlich der Geburtsanzeige oder der Eheschließung vom Standesamt aufgenommenen Erklärungen über die Anerkennung der Vaterschaft) nur gerichtliche und notarielle Urkunden. Mit einer Urkunde des Versicherungsamts ließe sich also eine Berichtigung des Standesregisters nicht erreichen.

III. Nun zur Frage des Ehelichkeitsnachweises bei Inanspruchnahme des Kinderzuschusses im Sinne des § 1291 RVO. Dieser lautet: „Hat der Empfänger der Invalidenrente Kinder unter 15 Jahren, so erhöht sich die Invalidenrente für jedes dieser Kinder um ein Zehntel bis zum höchstens anderthalbfachen Betrag". Während also im § 1259 von den ehelichen Kindern des versicherten Vaters und von den vaterlosen Kindern einer Versicherten die Rede ist, spricht § 1291 schlechthin von Kindern der Rentenempfänger. Reg.-Assessor Dr. Fuchs nimmt in einem Aufsatz in der Mainzer Zeitschrift Bd. 22 S. 97 an, daß unter den Kindern im Sinne des § 1291, auch bei den weiblichen Versicherten nur die ehelichen Kinder zu verstehen seien. Dagegen vertritt Landesrat Illing in der Arb.-Vers. 1912 S. 79 die Ansicht, daß unter Kindern bei den männlichen Versicherten nur die ehelichen, bei den weiblichen Versicherten aber auch die unehelichen zu verstehen seien. Letztere Ansicht wird richtig sein. Einmal liegt es schon nahe, zu vermuten, daß der Reichstagskommission, welche die Kinderzuschußbestimmung erst in das Gesetz hereingebracht hat, unter dem Begriff „Kinder" eben das vorschwebte, was die Reichsversicherungsordnung bei der Hinterbliebenenfürsorge als anspruchsberechtigte Kinder betrachtet; denn der Beweggrund für die Gewährung des Kinderzuschusses ist derselbe, wie derjenige für die Gewährung der Hinterbliebenenfürsorge, nämlich die Sicherung des Unterhalts der Familie. Und sodann ist auf dem Gebiet der Unfallversicherung zu § 6 des UVG. vom 6. Juli 1884 (betr. die Hinterbliebenenfürsorge) in dem Rekursentscheid des RVA. 180 (Amtl. Nachr. 1886 S. 129) in überzeugender Weise die Notwendigkeit einer unterschiedlichen Behandlung der unehelichen Kinder der männlichen und weiblichen Versicherten nachgewiesen. Die gleichen Erwägungen treffen auch hier zu.

Hiernach spielt der Ehelichkeitsnachweis nur beim Kinderzuschuß an männliche Versicherte eine Rolle. Die Besonderheiten, die sich gegenüber dem Ehelichkeitsnachweis im Waisenrentenverfahren ergeben, sind auf den Umstand zurückzuführen, daß der Vater, der ja den Anspruch auf den Kinderzuschuß erhebt, noch lebt. Es kann der Fall vorkommen, daß ein männlicher Rentenbewerber aus Anlaß seines Rentenantrags, um in den Genuß des Kinderzuschusses zu kommen, voreheliche Kinder seiner Ehefrau als von ihm erzeugt anerkennt. Solchen Anerkenntnissen gegenüber werden die Versicherungsanstalten vorsichtig sein müssen. Ein formloses Anerkenntnis ist im vorliegenden Fall nichts weiter als eine Parteibehauptung, die wie jede andere unter Beweis gestellt werden kann. Ist das Anerkenntnis aber nach der Geburt des Kindes in einer öffentlichen Urkunde im Sinne des § 167 des Gesetzes über Freiw. Gerichtsbarkeit abgegeben, so hat dies nach § 1720 Abs. 2 BGB. die Rechtswirkung, daß der geschlechtliche Verkehr zwischen Ehemann und Mutter während der

Digitized by Google

Empfängniszeit vermutet wird. Und diese Rechtvermutung hat weiterhin nach § 1720 Abs. 1 BGB. die Folge, daß der Ehemann als Vater des Kindes gilt, es sei denn, daß es den Umständen nach offenbar unmöglich ist, daß die Mutter das Kind aus jenem geschlechtlichen Verkehr empfangen hat. Gegen die Rechtsvermutung des § 1720 Abs. 2 BGB. ist der Gegenbeweis, und zwar jedem rechtlich interessierten Dritten, also auch der Versicherungsanstalt gestattet. Der Gegenbeweis wird z. B. durch zeugeneidliche Vernehmung der Mutter, oder durch Feststellung der Tatsache, daß der angebliche Vater während der Empfängniszeit in einer ganz anderen Gegend gelebt hat und daher gar keine Möglichkeit für einen Geschlechtsverkehr bestand, geführt werden können.

Wenn allerdings dieser nicht selten schwierige Gegenbeweis nicht geführt werden kann, könnte gemäß § 1720 Abs. 1 BGB. nur noch der Nachweis versucht werden, daß es den Umständen nach offenbar unmöglich ist, daß die Mutter das Kind aus dem Geschlechtsverkehr mit dem angeblichen Vater empfangen hat, etwa weil dieser während der Empfängniszeit nachgewiesenermaßen zeugungsunfähig war. Im allgemeinen ist also in diesem Falle die Rechtslage für die Versicherungsanstalt ungünstiger als bei dem Nachweis der Legitimation durch nachfolgende Ehe. Noch schwieriger ist die Lage der Versicherungsanstalt, wenn es sich um die Bestreitung der Ehelichkeit eines während des rechtlichen Bestehens der Ehe geborenen Kindes handelt, auch wenn dabei die tatsächlichen Umstände mit Sicherheit dafür sprechen, daß es im Ehebruch erzeugt ist. Der Fall ist ja bei unserer fluktuierenden Arbeiterbevölkerung, insbesondere im Saisongewerbe leider nicht selten, daß die Eheleute sich im gegenseitigen Einvernehmen trennen, um jedes für sich seinen Unterhalt zu suchen, und daß sie während der Trennung außereheliche Geschlechtsverbindungen eingehen. Hier kann zu Lebzeiten des Ehemanns gemäß § 1593 verglichen mit § 1595, 1596 BGB. nur dieser selbst die Ehelichkeit eines von der Ehefrau während der Trennung empfangenen Kindes anfechten. Tut er dies nicht, so ist das Kind nach § 1591 BGB. ein eheliches und der Ehemann kann für dieses Kind Kinderzuschuß beanspruchen, wenn es auch noch so klar zu Tage liegt, daß das Kind im Ehebruch erzeugt ist und selbst wenn es erwiesen ist, daß der Ehemann sich niemals um den Unterhalt des Kindes bekümmert hat, und daß er Dritten gegenüber seine Vaterschaft bestritten hat. Ist der Ehemann gestorben; handelt es sich also für die Versicherungsanstalt nicht um den Kinderzuschuß, sondern um die Waisenrente, so kann die Versicherungsanstalt unter Umständen auch bei solchen während der Ehe geborenen Kindern die Unehelichkeit geltend machen und aus diesem Grund den Waisenrentenantrag abweisen. Dies ist möglich, wenn der Ehemann die Anfechtungsklage erhoben hat, aber vor deren Erledigung gestorben ist, oder, wenn er vor seinem Tod zwar die Anfechtungsklage nicht erhoben hat, aber auch zu seinen Lebzeiten das Anfechtungsrecht, welches nach § 1594 BGB. nur binnen Jahresfrist nach erhaltener Kenntnis von der Geburt ausgeübt werden kann, noch nicht verloren hat. Natürlich ist im erstgenannten Falle die Beweislage für die Versicherungsanstalt günstiger als im zweiten. Vgl. hierzu Staudinger, Kommentar zum BGB. 7./8. Auflage, Anm. 2 zu § 1593 (Bd. IV S. 781).

Wird der Waisenrentenantrag von der Versicherungsanstalt abgewiesen, so hat der Waisenrentenbewerber die Wahl, gegen die Versicherungsanstalt eine Feststellungsklage anzustrengen, oder gegen den Abweisungsbescheid Berufung zu erheben. Letzteres ist zur Vermeidung der Rechtskraft des Ablehnungsbescheids das zweckmäßigere. Im Berufungsverfahren wird dann eventuell wieder § 1654 RVO. Anwendung finden können.

Digitized by Google

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Vertretung einer preußischen Stadt als Arbeitgeberin.

Urteil des **preuß. Oberverwaltungsgerichts**, 3. Senats, v. 19. März 1914 (III C. 156. 13).

Anläßlich der Generalversammlung der Ortskrankenkasse H. vom 15. September 1912 entstand zwischen dem Vorsitzenden des Kassenvorstandes und dem Bürgermeister zu H. eine Meinungsverschiedenheit darüber, ob der Bürgermeister sowie der Beigeordnete nur auf Grund einer Vollmacht des Magistrats als Vertreter der Stadtgemeinde in deren Eigenschaft als Arbeitgeberin an der Generalversammlung teilzunehmen befugt seien. Der vom Bürgermeister angerufene Landrat entschied als Aufsichtsbehörde unter Bezugnahme auf den § 45 KVG. dahin, daß sowohl der Bürgermeister als auch der Beigeordnete als Arbeitgeber im Sinne des § 38 a. a. O. zu gelten haben und daher zu ihrer Teilnahme an der Generalversammlung der Ortskrankenkasse einer Vollmacht nicht bedürften. Auf die Klage des Vorstandsvorsitzenden hob der Bezirksausschuß die Entscheidung des Landrats auf. Die Revision des Landrats blieb erfolglos.

.... Allerdings ist bei Antoni, Städteordnung für die Provinz Hessen-Nassau, 2. Aufl. Anm. 4 zu § 32, ein Beschluß des Kammergerichts vom 17. Mai 1906 mitgeteilt, nach welchem der Beigeordnete zur Vertretung vor Gericht keiner besonderen Legitimation oder Vollmacht bedarf, sondern für die ganze Dauer seines Amtes ein für allemal nach außenhin zur Vertretung des Bürgermeisters und damit der Stadt legitimiert ist (vgl. die Zeitschrift „Die Selbstverwaltung", Jahrg. 34 S. 119). Daraus, daß Antoni den Inhalt dieses Beschlusses ohne jeden Zusatz wiedergibt, muß gefolgert werden, daß er ihn ohne weiteres auf den Geltungsbereich der Städteordnung für die Provinz Hessen-Nassau anwenden will. Sollte dieses in der Tat die Meinung gewesen sein, so würde sie für zutreffend nicht erachtet werden können, weil es sich in dem Beschluß um die Vertretung einer rheinischen Stadt durch ihren Stadtvorstand handelt. Als solcher aber fungiert nach der in der Rheinprovinz geltenden Bürgermeisterverfassung der Bürgermeister allein und in dessen Vertretung ein Beigeordneter. Diese Personen repräsentieren, wenn sie für die Stadt handelnd auftreten, nach außenhin die Stadtpersönlichkeit. Der auf dem Sonderrechte der Rheinprovinz beruhende Beschluß des Kammergerichts ist also auf die Provinz Hessen-Nassau ebensowenig wie auf die östlichen Provinzen der Preußischen Monarchie, für welche die Städteordnung vom 30. Mai 1853 gilt, anwendbar. In allen diesen Provinzen wird nach dem klaren Wortlaut und Sinne der Städteordnungen (§ 56 Ziff. 8 der Städteordnung v. 30. Mai 1853, § 61 Ziff. 8 der Städteordnung für Hessen-Nassau v. 4. August 1897) die Stadtgemeinde nach außen hin nicht durch den Bürgermeister, sondern durch den Magistrat vertreten, und es fehlt an einer Bestimmung dahin, daß der Magistrat seinerseits nach außen hin durch den Bürgermeister oder den Beigeordneten vertreten werde. Zwar weist auch die Städteordnung vom 4. August 1897 dem Bürgermeister innerhalb des Magistrats eine Sonderstellung zu, da er nach § 63 a. a. O. den Geschäftsgang der städtischen Verwaltung leitet, der unmittelbare Dienstvorgesetzte der Mitglieder des Magistratskollegiums ist (Urteil des Oberverwaltungsgerichts v. 1. Dezember 1888, Entsch. Bd. 17 S. 447) und nach seinem Ermessen den Magistratsmitgliedern Geschäftssachen zur Bearbeitung übertragen, diese also auch persönlich wahrnehmen darf (Ministerialverord. v. 22. Februar 1875, Ministerialblatt der inneren Verwaltung S. 78). In allen diesen Befugnissen ist aber die Vertretung des Magistrats und damit der Stadtgemeinde nach außen hin nicht enthalten. Es gilt also auch für die Städte der Provinz Hessen-Nassau, was Oertel zu § 56 Ziff. 8 der Städteordnung v. 30. Mai 1853 in Anm. 4 dahin ausspricht: „Der Magistrat kann mit rechtlicher Wirksamkeit eines seiner Mitglieder oder einen städtischen Beamten nicht nur für einen speziellen Fall, sondern auch generell .... zur Vertretung der Stadtgemeinde in allen sie betreffenden Angelegenheiten nach außen vor Gerichten und Verwaltungsbehörden sowohl, wie auch Privatpersonen gegenüber, bevollmächtigen. Der Bürgermeister hat kraft seines Amtes nicht die Vertretungsbefugnis für den Magistrat, sondern muß gleichfalls von diesem Vollmacht erhalten."

Von diesem Standpunkt aus ist die mit der Klage angefochtene Anordnung des Beklagten vom 15. Oktober 1912 nicht haltbar. Daraus folgt die Bestätigung der Entscheidung des Bezirksausschusses, ohne daß es noch darauf ankommt, ob die vom Kläger herangezogenen § 38 Abs. 1 und § 38 a Abs. 1 KVG. hier anwendbar sind.

Digitized by Google

B. Zur Krankenversicherung.

Behandlung durch „Heilkundige" als Familienhilfe ist unzulässig.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 4. April 1914.

Nach § 205 RVO. kann die Kasse zubilligen Krankenpflege an versicherungsfreie Familienmitglieder der Versicherten, sowie Wochenhilfe und Sterbegeld unter den dort bezeichneten Voraussetzungen. Die Krankenpflege umfaßt nach § 182 Abs. 1 ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei, sowie Brillen, Bruchbändern und anderen kleineren Heilmitteln. Aerztliche Behandlung ist aber nach § 122, von den dort erwähnten Ausnahmefällen abgesehen, die hier nicht vorliegen, durch approbierte Aerzte, bei Zahnkrankheiten auch durch approbierte Zahnärzte, zu leisten, und es ist auch „auf Antrag oder mit Zustimmung des Versicherten" Behandlung durch andere Personen, insbesondere durch Heilkundige, nicht zuzulassen (zu vgl. die Entsch. des Beschlußsenats 1809, Amtl. Nachr. 1914 S. 381). Diese Grundsätze gelten nicht nur, soweit die Gewährung von Regelleistungen (zu vgl. § 179 Abs. 1) in Frage kommt, sondern auch bei Mehrleistungen. Denn die Mehrleistungen sind, worauf in der vorerwähnten Entscheidung des Beschlußsenats gleichfalls hingewiesen wird, nur so weit zulässig, wie es das Zweite Buch der Reichsversicherungsordnung vorsieht (§ 179 Abs. 3). Wenn also § 205 als Mehrleistung die Gewährung von Krankenpflege an versicherungsfreie Familienmitglieder der Versicherten zuläßt, so darf sie nicht in einer Art geleistet werden, die, wie die Behandlung durch nicht approbierte Aerzte, im Interesse der Volksgesundheit durch die Reichsversicherungsordnung hat grundsätzlich ausgeschlossen werden sollen (zu vgl. §§ 182, 122). Wenn die Beschlußkammer in diesem Sinne der Kasse aufgegeben hat, entweder die frühere Fassung des § 34 der Satzung wiederherzustellen oder die ärztliche Behandlung in einer dem Gesetz entsprechenden Weise durch Vereinbarung mit den zur Kassenpraxis zugelassenen Aerzten zu regeln, so war dies nicht zu beanstanden. Insbesondere wird die Kasse durch die letzterwähnte Anordnung nicht beschwert. Denn sie muß zur Erfüllung der ihr durch das Gesetz und die Satzung auferlegten Pflichten in einer dem Gesetz entsprechenden Weise, insbesondere durch Vereinbarung mit Aerzten oder ärztlichen Vereinigungen u. dgl., für eine ausreichende Arztbehandlung sorgen. Dabei bleibt es, unbeschadet der gegebenenfalls insbesondere nach §§ 370, 372 zu treffenden besonderen Anordnungen, dem pflichtmäßigen Ermessen der Kasse überlassen, in welcher Weise sie eine ausreichende ärztliche Behandlung ihrer Mitglieder, hier auch deren versicherungsfreie Familienmitglieder, sicherstellen will (zu vgl. Entsch. 1808, Amtl. Nachr. 1914 S. 379). Auch der Umstand, daß die Kasse auf Grund des infolge irrtümlicher Rechtsauffassung des Oberversicherungsamts zunächst nicht beanstandeten § 34 der Satzung, der die ärztliche Behandlung der Familienmitglieder durch Heilkundige zuließ, Verträge mit Heilkundigen abgeschlossen hat, kann nicht von entscheidender Bedeutung sein.

Ausschluß der Wartezeit für Krankengeld bei längerer Krankheit. — Zahl der Vertreter im Vorstand einer Betriebskrankenkasse.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 24. Januar 1914.

Die Annahme der Beschwerdeführerin, daß nicht das Reichsversicherungsamt zur Entscheidung zuständig sei, ist unrichtig. Es handelt sich nicht um die Zulassung der Kasse nach Art. 20 des Einführungsgesetzes zur RVO., sondern um eine Satzungsgenehmigung im Sinne des § 324 der RVO. Bei Versagen der Genehmigung geht die Beschwerde, da der Bezirk der beteiligten Versicherungsträger über das Gebiet des Königreichs Sachsen hinausgeht, gemäß § 1793 RVO. an das Reichsversicherungsamt.

Die Beschwerdeführerin beschwert sich zunächst darüber, daß das Oberversicherungsamt einer im § 10 Abs. 2 Satz 1 der Satzung vorgesehenen Bestimmung die Genehmigung versagt hat. Hiernach soll das Krankengeld nur bei Krankheiten, die länger als zwei Wochen dauern, und nicht auch, wie es die Vorschrift des § 191 Abs. 2 RVO. vorsieht, bei Krankheiten, die länger als eine Woche dauern, vom ersten Tage der Arbeitsunfähigkeit an gewährt werden. Das Oberversicherungsamt hat in der von der Kasse in Aussicht genommenen Bestimmung eine unzulässige Beschränkung der Mehrleistungen erblickt und sich im wesentlichen auf die Verhandlungen bei der Beratung der Reichsversicherungsordnung bezogen. Der Senat vermochte dieser Auffassung des Oberversicherungsamts aber gerade im Hinblick auf die Entstehungsgeschichte der bezeichneten Gesetzesvorschrift nicht beizutreten. Nach dem bisherigen Rechte (§ 21 Ziff. 1a des KVG.) konnte die Kasse,

Digitized by Google

worauf das Reichsversicherungsamt bereits in der Entscheidung 1789 (Amtl. Nachr. 1913 S. 830) hingewiesen hat, die Wartezeit für den Krankengeldbezug nach ihrem Belieben allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen wegfallen lassen. Da dies bisher häufig zu großen Mehrausgaben geführt hatte, die außer Verhältnis zu dem Vorteil standen, der dem Versicherten aus einer solchen Maßnahme zu erwachsen pflegte, hielt es der Entwurf zur Reichsversicherungsordnung für zweckmäßig, den Wegfall der Wartezeit bei Krankheiten von kürzerer Dauer ganz auszuschließen und beschränkte deshalb im § 206 (jetzt § 191) die Befugnis zur Verlängerung der Wartezeit*) auf die länger als zwei Wochen dauernden, die zum Tode führenden und die durch Betriebsunfall verursachten Krankheiten (Begr. S. 158). Der Reichstag hat diese Vorschriften im allgemeinen gutgeheißen, hat jedoch den Rahmen wieder erweitert, indem er die Wartezeit „zwei Wochen" in „eine Woche" abänderte und noch die Worte „sowie mit Zustimmung des Oberversicherungsamts auch bei anderen Krankheiten" hinzufügte. Hieraus läßt sich hinsichtlich der hier in Betracht kommenden Vorschrift nur entnehmen, daß der Gesetzgeber den Kassen die Befugnis, die Wartezeit auch bei kürzeren, bis eine Woche dauernden Krankheiten zu beschränken, versagen wollte. Dagegen gibt die Entstehungsgeschichte des Gesetzes keinen Anhalt dafür, daß es den Kassen nicht gestattet sein sollte, in der Satzung zu bestimmen, daß bei der Gewährung von Krankengeld die Wartezeit nur bei Krankheiten von längerer Dauer, als sie das Gesetz vorsieht, fortfällt. Die Beschwerde erweist sich daher in diesem Punkte als begründet.

Ein weiterer Beschwerdepunkt betrifft die Versagung der Genehmigung zu § 40 Abs. 2 der Satzung Satz 1 Halbsatz 2, wonach der Vorstand drei Vertreter der Versicherten zählen soll, während das Oberversicherungsamt sechs Vertreter für notwendig hält. Die Beschwerdeführerin hält es für unerwünscht und nicht für erforderlich, die Zahl der Versichertenvertreter im Vorstand zu erhöhen, während das Oberversicherungsamt zur Begründung seiner Auffassung auf die große Anzahl der Versicherten, den großen räumlichen Umfang der Kasse und den Umstand, daß in die Kasse ganz verschiedene Personengruppen einbezogen seien, denen eine eigene Vertretung nach Möglichkeit gewährleistet werden müßte, hingewiesen hat. Auch in dieser Beziehung hat sich der Senat der Auffassung des Oberversicherungsamts nicht anzuschließen vermocht. Das Gesetz selbst enthält keine Vorschriften darüber, wieviel Vertreter der Versicherten dem Vorstand der Betriebskrankenkasse angehören müssen. Es schreibt vielmehr im § 338 Abs. 3 Satz 2 lediglich vor, daß der Arbeitgeber die Hälfte der Stimmen hat, die den Versicherten nach der Satzung zustehen. Hiernach ist also anzunehmen, daß die Satzung die Zahl der Versichertenvertreter im allgemeinen selbständig festzusetzen hat. Nur wird allerdings die Zahl so gewählt werden müssen, daß einerseits eine kollegialische Beratung möglich ist und andererseits die Zahl zur ordnungsmäßigen Verwaltung der Kasse ausreicht. Daß in dieser Beziehung Bedenken beständen, ist nicht zur Genüge vom Oberversicherungsamte dargetan; insbesondere kann die Erwägung, daß den verschiedenen Personengruppen nach Möglichkeit eine Vertretung im Vorstand gesichert sein müsse, als zutreffend nicht anerkannt werden. Ein Bedenken gegen die Festsetzung der Zahl der Vertreter der Versicherten auf drei kann auch nicht aus der Vorschrift des § 338 Abs. 3 Satz 2 a. a. O. hergeleitet werden, weil bei Festsetzung einer ungeraden Zahl für die Vertreter der Versicherten dem Arbeitgeber nicht volle Stimmen, sondern Stimmen mit Bruchteilen, im vorliegenden Falle einundeinehalbe Stimme zustehen; denn das Stimmengewicht läßt sich auch mit Hilfe der Bruchzahlen genügend zum Ausdruck bringen. Auch in diesem Punkte mußte daher der Beschwerde Folge gegeben werden.

*) Dies ist ein Fehler der Fassung. Es muß heißen: „zur Abkürzung oder Beseitigung der Wartezeit."

Der Übertritt in eine niedere Lohnstufe oder Klasse (§ 313 RVO.) kann nur beim Ausscheiden aus der Beschäftigung erfolgen (?).

Entscheidungen a) des **Versicherungsamts Hamburg** v. 19. März 1914,
b) der Beschlußkammer des **Oberversicherungsamts Hamburg** v. 13. Juni 1914.

a) Die Bestimmung im § 313 Abs. 1 Satz 2 RVO., nach der die Mitgliedschaft freiwillig fortsetzende Mitglieder in eine niedere Klasse oder Lohnstufe übertreten können, ist eine Neuerung der Reichsversicherungsordnung. Grundsätzlich müssen die materiellen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die Versicherungspflicht, die Versicherungsberechtigung und das Recht zur freiwilligen Fortsetzung der Mitgliedschaft, soweit Versicherungsfälle noch nicht eingetreten sind, auch auf die älteren Versicherungsverhältnisse vor dem 1. Januar 1914 rückwirkend Anwendung finden. Aeltere Pflichtmitglieder, welche erst nach dem 1. Januar 1914 aus der Versicherungspflicht ausscheiden und ihre Versicherung freiwillig fortsetzen wollen, können dies daher nach den Voraussetzungen des § 313 bewirken, demgemäß auch in eine niedrigere Lohnstufe übertreten, obschon sie nach dem alten Recht diese Vergünstigung nicht gehabt hätten, wenn

Digitized by Google

sie vor dem 1. Januar 1914 unter Ausscheiden aus der Versicherungspflicht ihre freiwillige Fortsetzung zur Mitgliedschaft erklärt hätten. Durch die Frage der Rückwirkung dieser Bestimmung wird jedoch die Frage nicht berührt, ob nach § 313 das ausscheidende Mitglied den Uebertritt in eine niedrigere Lohnstufe nur zur Zeit des Ausscheidens aus der Versicherungspflicht bzw. zur Zeit des Beginnes der Weiterversicherung oder auch im späteren Verlaufe nachträglich vornehmen kann. Diese Frage ist nach Ansicht des Versicherungsamtes im ersteren Sinne zu entscheiden, so daß also eine spätere Aenderung der Lohnklasse nach geschehener Fortsetzung der Versicherung nicht mehr möglich ist. Der § 313 RVO. regelt die Voraussetzungen für die freiwillige Fortsetzung der Versicherung im wesentlichen in Uebereinstimmung mit dem früheren Rechte. In dem ersten Satze wird daher zum Ausdruck gebracht, daß die Versicherung grundsätzlich in der bisherigen Weise oder Lohnstufe erfolgen solle, der das Mitglied auf Grund seiner Pflichtversicherung zuletzt angehört hat. Wenn den freiwillig Versicherten demgegenüber die Vergünstigung eines Uebertritts in eine niedrigere Lohnstufe nunmehr gegeben wird, so ist doch nicht anzunehmen, daß diese Ausnahme von der Regel tatsächlich die Regel in solchem Umfange dauernd beseitigen soll, daß das Mitglied jederzeit einseitig seine Mitgliederklasse nach unten ändern könnte. Die Grundlagen für die Berechnung der Beiträge und der Leistungen müssen grundsätzlich für freiwillig Versicherte beim Beginn der freiwilligen Versicherung feststehen und unverändert bleiben. Dies ist sowohl im Interesse der Versicherten wie im Interesse der Kasse erforderlich. Es kann daher als Absicht des Gesetzes nicht angenommen werden, daß das Recht des Uebertritts in eine niedere Lohnstufe beim Beginn der Weiterversicherung den Versicherten jederzeit und vielleicht mehrmals zustehen soll. Da der P. seit langen Jahren der Mitgliederklasse 1a als freiwilliges Mitglied angehört hat, so kann er auch trotz der rückwirkenden Kraft der Bestimmung doch nachträglich seinen Uebertritt in eine niedere Lohnstufe nicht erklären.

b) Das Oberversicherungsamt wies die Beschwerde des Versicherten als unbegründet zurück. Aus seinen Ausführungen heben wir folgendes hervor:

Das Oberversicherungsamt stimmt der Auffassung der Vorinstanz bei. Betrachtet man nämlich die beiden aufeinander folgenden Sätze des Abs. 1 des § 313 RVO., so ergibt bereits ihre Stellung zueinander und der Zusammenhang dieser Bestimmung ganz unzweifelhaft den Rechtsgrundsatz, daß solche aus der Versicherungspflicht ausscheidenden Krankenkassenmitglieder, die sich freiwillig weiter versichern wollen, entweder in der früheren Klasse bzw. Lohnstufe bleiben können, oder in eine andere Klasse bzw. Lohnstufe übertreten können. Das ausscheidende Kassenmitglied hat also bei der Gelegenheit seines Austritts die Wahl zwischen diesen beiden Möglichkeiten. Durch den seinerzeit erfolgten Uebertritt aus der versicherungspflichtigen Mitgliedschaft in die freiwillige Mitgliedschaft ist die Ausübung des alternativen Wahlrechts des § 313 (in derselben Klasse zu bleiben oder in eine niedrigere überzutreten) bereits absolviert. Hätte das Gesetz eine nochmalige Ausübung dieses Rechts zulassen wollen, so hätte das in klarer Weise zum Ausdruck gebracht werden müssen, was nicht geschehen ist.

Anmerkung: Die Entscheidungen weichen im letzten Punkte ab von der Auslegung des Gesetzes durch Hoffmann Anm. 9 und Hahn Anm. 3. In anderen Kommentaren wird die Frage überhaupt nicht berührt. Man kann anerkennen, daß praktische Erwägungen für die einschränkende Auslegung der Hamburger Versicherungsbehörden streiten, aber man wird nicht zugeben können, daß für diese Auslegung schon die Fassung des Gesetzes streitet. Im Gegenteil: der zweite Satz des Abs. 1 des § 313, welcher dem Versicherten den Uebertritt in eine niedere Klasse oder Lohnstufe gestattet, steht so unverbunden und selbständig hinter dem ersten Satz, daß er die Absicht, ein nur beim Ausscheiden in Frage kommendes Wahlrecht aufzustellen, nicht ahnen läßt und die Deutung viel näher legt, daß der Weiterversicherte jederzeit noch in eine niedere Klasse oder Stufe übertreten kann.

Ernstliche Beschäftigung als Voraussetzung der Pflichtversicherung.

Urteil des preuß. Oberverwaltungsgerichts, 3. Senats, v. 2. April 1914 (III C. 170 13).

Nach der übereinstimmenden und zutreffenden Auffassung beider Parteien hängt die Entscheidung von der Beantwortung der Frage ab, ob der Maurer W. am 27. Dezember 1909 und an dem darauf folgenden Tage bei Abbruchsarbeiten in einer solchen Weise beschäftigt gewesen ist, daß er dadurch Mitglied der beklagten Ortskrankenkasse wurde. Dazu gehört nach der Rechtsprechung des Oberverwaltungsgerichts eine gegen Lohn geübte Tätigkeit, welche den Namen ernstlicher Arbeit verdient und wirtschaftliche Bedeutung besitzt. An diesem Erfordernisse fehlt es häufig dann, wenn der Beschäftigte ernstliche Arbeit zu leisten außerstande ist (vgl. z. B. Entsch. des OVG. Bd. 27 S. 348 bis 350, Bd. 46 S. 363). Es kann an dem Erfordernis aber auch deshalb fehlen, weil der Beteiligte nicht den Willen hat zu arbeiten. Dieser Fall liegt hier vor. Maßgebend ist hierfür die eidliche Zeugenaussage desjenigen Mannes, der den Maurer W. angestellt und beaufsichtigt hat, nämlich des Poliers P.

Digitized by Google

Dieser ist zweimal vernommen worden. . . . Danach hat es sich nur darum gehandelt, den Maurer W., welcher nach der eigenen Darstellung des Klägers ein unverbesserlicher Trinker mit zeitweilig auftretender Geisteskrankheit ist, der äußeren Form nach zu beschäftigen. Der Sache nach wurde eine dem Lohne entsprechende Gegenleistung von ihm gar nicht erwartet. Er hat auch in der Tat nichts geleistet, hat sich vielmehr lediglich „auf dem Baue herumgedrückt" und ist „das fünfte Rad am Wagen" gewesen. Der angebliche Lohn wurde ihm nur zu dem Zwecke gezahlt, um sich einen infolge von Trunksucht und Gewalttätigkeit lästigen Schreier und Störer von Halse zu halten, der, gestützt auf ein behauptetes Wohnungsrecht, dem Abbruche des Baues widersprach. Darin liegt keine Beschäftigung im Sinne des § 1 RVG.

C. Zur Unfallversicherung.

Versicherungspflicht eines kaufmännischen Kleinbetriebs wegen eines Motors.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 17. November 1913.

In einem Getreide- und Mehlengroshandelsgeschäfte wird ein Arbeiter an 200—220 Tagen im Jahre mit der Behandlung und Handhabung der Ware beschäftigt und ein mit elektrischer Kraft betriebener Lastenaufzug bei diesen Arbeiten verwendet. Das Reichsversicherungsamt hat den Betrieb zur Behandlung und Handhabung der Ware für versicherungspflichtig erklärt und der Lagerei-Berufsgenossenschaft überwiesen. In den Gründen der Entscheidung ist zunächst ausgeführt worden, daß sich die Versicherung aus § 537 Abs. 1 Nr. 11 RVO. nicht herleiten läßt, weil das kaufmännische Unternehmen, mit dem der Betrieb verbunden ist, nicht über den Umfang des Kleinbetriebs hinausgeht. Dann heißt es weiter:

In dem Betriebe wird aber ein durch elektrische Kraft betriebener Lastenaufzug verwendet. Das begründet die Versicherungspflicht nach § 538 Nr. 3 RVO. Bei der Prüfung der Frage, ob sich die Versicherung nur auf den Betrieb des Aufzugs oder auf den ganzen Betrieb zur Behandlung und Handhabung der Ware erstreckt, ist von den im Handb. der Unfallversf. 3. Aufl. I S. 187 Anm. 7 zu § 2 GUVG. verzeichneten Grundsätzen über die versicherungsrechtliche Bedeutung der Verwendung eines Triebwerkes auszugehen. Diese Grundsätze gelten auch unter der Herrschaft der Reichsversicherungsordnung, denn die in Frage kommende Vorschrift des § 2 Abs. 2 GUVG. ist durch das neue Recht nicht geändert worden. Nach Nr. 2 dieser Grundsätze macht die nicht bloß vorübergehende Verwendung eines Triebwerkes einen Betrieb, der seiner Art nach versicherungspflichtig sein kann, aber ohne das Triebwerk nicht versicherungspflichtig ist, in vollem Umfang versicherungspflichtig. Der Betrieb gilt als eine Fabrik im Sinne des § 537 Nr. 2 RVO. Da nun Betriebe zur Handhabung und Behandlung der Ware ihrer Art nach versicherungspflichtig sein können, so werden sie durch die nicht bloß vorübergehende Verwendung eines Triebwerkes auch dann versicherungspflichtig, wenn sie über den Umfang des Kleinbetriebs nicht hinausgehen.

Zuständig für die Versicherung ist diejenige Berufsgenossenschaft, welcher der Betrieb seiner Art nach zugehört. Das ist, da es sich hier um einen mit einem Engroshandelsunternehmen verbundenen Betrieb zur Behandlung und Handhabung der Ware handelt, nach dem Beschlusse des Bundesrats vom 10. Oktober 1912 (Amtl. Nachr. 1912 S. 925) die Lagerei-Berufsgenossenschaft.

Verletzung eines Trunkenen infolge Streits mit einem Mitarbeiter nicht als Betriebsunfall angesehen.

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** v. 11. März 1914.

Nach dem Sachverhalt sind die Voraussetzungen für die Annahme eines Betriebsunfalles nicht gegeben. Pf. war durch die Anordnungen des Meisters B. von jeder Betriebstätigkeit ausgeschlossen und begab sich eigenmächtig in den gefährdeten Bereich der Ofenbühne. Die ihm daselbst drohende Gefahr erhöhte er durch sein persönliches Verhalten, indem er in seiner Trunkenheit ohne jeden begründeten Anlaß mit Z. Streit anfing und zu Tätlichkeiten überging. Durch dieses Verhalten verlor er die Herrschaft über seinen Körper und seine Bewegungen und stürzte von der Ofenbühne herunter. Keinesfalls hat also die Betriebstätigkeit des Pf. bei dem Unfall ursächlich mitgewirkt. Insbesondere kann auch nicht aus der Tatsache, daß Pf. dem August Z. anläßlich seines durch den Stellungswechsel entstandenen feindlichen Verhältnisses zu Albert Z. Vorhaltungen machte, ein Zusammenhang mit dem Betriebe hergeleitet werden, zumal Pf., der in die bessere Stellung

Digitized by Google

eingerückt war, sich nicht beschwert fühlen konnte und die Person des August Z. hierbei überhaupt nicht in Frage kam. Fehlt es sonach an jedem ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Unfall und der Betriebsarbeit, so kann auch die rein äußerliche Tatsache, daß die Oertlichkeit und Beschaffenheit der Betriebsstätte, die Höhe der Ofenbühne, das Fehlen der Geländerstange und der eiserne Kasten zur Schwere der Verletzung mitgewirkt haben, nicht dazu führen, den Unfall dem Betriebe zuzurechnen.

Beim Ruhen der Rente wegen Freiheitsstrafe gebührt den Angehörigen die volle Rente des Verletzten, nicht die Angehörigenrente.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 18. April 1914.

Während nach dem bisherigen Recht (§ 94 Abs. 1 GUVG.) es keinem Zweifel unterliegen konnte, daß den Angehörigen von inhaftierten Unfallverletzten die sogenannte „Angehörigenrente" zu überweisen war, läßt der jetzt anzuwendende § 615 Abs. 1 Satz 2 der RVO. solche Zweifel zu. Nach dieser neuen Gesetzesbestimmung ist beim Ruhen der Rente eines Verletzten wegen Verbüßung einer Freiheitsstrafe den Angehörigen, die beim Tode des Verletzten Anspruch auf Rente haben würden, die Rente bis zur Höhe „seines" Anspruches zu überweisen. Dem von den Angehörigen des W. angerufenen Oberversicherungsamte erschien es zweifelhaft, ob hier abweichend von dem bisherigen Recht mit dem Wörtchen „seines" nicht etwa der Anspruch des Verletzten selbst, im vorliegenden Falle also seine beiden Unfallrenten in voller Höhe, gemeint sei und es gab deshalb gemäß § 1693 RVO. die Sache an das RVA. ab, weil es sich um eine noch nicht festgestellte Auslegung gesetzlicher Vorschriften von grundsätzlicher Bedeutung handele. Das Reichsversicherungsamt entschied dahin, daß der § 615 Abs. 1 Satz 1 RVO. dahin auszulegen sei, daß beim Ruhen der Verletztenrente nicht mehr wie bisher die „Angehörigenrente", sondern die Rente des Verletzten selbst in voller Höhe den Angehörigen zu überweisen ist. Das Reichsversicherungsamt begründete seine Entscheidung wie folgt:

Eine Abgabe an das Reichsversicherungsamt auf Grund des § 1693 RVO. kann nur in einem Falle erfolgen, in dem die Revision oder der Rekurs ausgeschlossen ist. Diese Voraussetzung ist im vorliegenden Falle nicht erfüllt. Insbesondere kann die Ziff. 5 des § 1700 RVO. keine Anwendung finden. Nach der letzterwähnten gesetzlichen Vorschrift ist der Rekurs ausgeschlossen, wenn es sich um Angehörigenrente handelt. Unter Angehörigenrente verstanden die bisher in Geltung gewesenen Unfallversicherungsgesetze und versteht auch die Reichsversicherungsordnung die den Angehörigen des Verletzten für die Zeit seiner Verpflegung in der Heilanstalt zustehende Rente (zu vgl. § 22 Abs. 3 GUVG., § 23 Abs. 2 UVG. für Land- und Forstwirtschaft, § 17 Abs. 4 GUVG., § 598 RVO.). Es handelt sich hier um einen selbständigen Anspruch der Angehörigen auf eine besondere Rente, während die Angehörigen im Falle des § 615 Abs. 1 Ziff. 1 RVO. nur die Ueberweisung der an sich einer anderen Person zustehenden Rente verlangen können. Beide Ansprüche sind auch sonst inhaltlich verschieden. Nach § 598 RVO. erhalten die Angehörigen einen bestimmten Bruchteil des Jahresarbeitsverdienstes des Verletzten, nach § 615 Abs. 1 Ziff. 1 a. a. O. fällt ihnen unmittelbar die Rente des an sich Bezugsberechtigten zu. Der Annahme, der Gesetzgeber habe im § 1700 Ziff. 5 RVO. mit dem Worte „Angehörigenrente" schlechthin alle Ansprüche der Angehörigen gemeint, widerspricht die Tatsache, daß der § 598 a. a. O. die im Falle der Heilanstaltspflege den Angehörigen zustehende Rente ausdrücklich als „Angehörigenrente" bezeichnet und damit zum Ausdruck gebracht wird, daß diese Bezeichnung einen ganz bestimmten Anspruch decken solle. Für eine ausdehnende Deutung des Wortes „Angehörigenrente" im § 1700 Ziff. 5 RVO. bieten im übrigen weder die Begründung des Entwurfs der Reichsversicherungsordnung, noch die Berichte der Reichstagskommission irgendwelche Unterlage.

Hiernach war der Beschluß des Oberversicherungsamtes vom 30. September 1913 aufzuheben. (Kompaß.)

Verschulden als Voraussetzung der Strafbarkeit nach § 909 RVO.; keine Beweislast des Unternehmers.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 16. Februar 1914.

Die Reichsversicherungsordnung kennt Kriminal-, Ordnungs- und Zwangsstrafen (zu vgl. Moesle-Rabeling, Kommentar zur Unfallversicherung 3. Auflage S. 580 ff.; Beiel, Die strafrechtliche Bedeutung der Unfallversicherungsgesetzgebung S. 3, 9, 10, 12, 26). Daß die Kriminalstrafen, zu deren Verhängung die ordentlichen Gerichte zuständig sind, ein Verschulden des Täters voraussetzen, unterliegt keinem Zweifel, zumal da die Reichsversicherungsordnung das Erfordernis der Schuld schon durch die Fassung der Strafvorschriften zum Ausdruck bringt (zu vergl. z. B. §§ 767, 911, 1492, 1496, 1497). Aber auch die Ordnungs- und Zwangsstrafen, deren Festsetzung den ordentlichen Gerichten entzogen ist, sind Strafen, die ihrem Wesen nach ein Verschulden des Täters erfordern. Im § 909, dessen Anwendung im vorliegenden Falle in Frage kommt, handelt es sich um die Festsetzung von Ordnungsstrafen. Es mag dahingestellt bleiben, ob nicht auch hier bereits aus der

Digitized by Google

Fassung zu entnehmen ist, daß schuldhaftes Handeln die Voraussetzung für die Bestrafung des Unternehmers bildet („wenn sie ihren Pflichten ... nicht rechtzeitig nachkommen"). Jedenfalls spricht die Entstehung der Vorschrift für das Erfordernis der Schuld. In dem Entwurfe der Reichsversicherungsordnung war im § 907, der dem jetzigen § 909 entspricht, zunächst zwischen vorsätzlicher und fahrlässiger Verletzung der Pflichten des Unternehmers unterschieden. Für jene war ein Strafmaß bis zu 300 M., für die fahrlässige Verletzung bis zu 100 M. vorgesehen. In der Kommission des Reichstags wurde diese Unterscheidung bemängelt, weil aus ihr Schwierigkeiten entstehen könnten. Obwohl dies von einem Regierungsvertreter unter Hinweis darauf bestritten wurde, daß der Entwurf allgemein die Unterscheidung zwischen fahrlässiger und vorsätzlicher Verletzung der Pflichten des Arbeitgebers durchgeführt habe, ist der Antrag auf Beseitigung der Unterscheidung angenommen und die später zum Gesetz erhobene Fassung beschlossen worden (zu vergl. Komm.Ber. III S. 187). Darüber, daß zur Bestrafung des Unternehmers aus § 909 ein Verschulden erforderlich sei, hat hiernach kein Zweifel bestanden. Das Vorliegen einer Schuld wird auch allgemein in der Literatur gefordert (zu vgl. Moesle-Rabeling a. a. O. S. 582; M. Stengleins Kommentar zu den strafrechtlichen Nebengesetzen des Deutschen Reichs 4. Aufl. III S. 448 Z. 6 zu § 909 und S. 440 Ziff. 2 zu § 851 RVO.; Beiel a. a. O., insbesondere S. 21). Das Reichsversicherungsamt vertrat die gleiche Auffassung schon für das ältere Recht, das im § 147 GUVG. entsprechende Strafbestimmungen enthielt (Handb. der Unfallvers. 3. Aufl. I S. 651/652 Anm. 5 zu § 146 GUV.; zu vgl. auch Laß, Strafrecht der Berufsgenossenschaften S. 19 ff.).

Als Verschulden im Sinne des § 909 genügt jeder Grad der Fahrlässigkeit. Auch das hat das Reichsversicherungsamt bereits früher angenommen. Wenn in den im Handb. der Unfallvers. a. a. O. und in Anm. 6 S. 652 angezogenen Rundschreiben und Verfügungen darauf hingewiesen ist, daß Strafen im allgemeinen nur zu verhängen seien, wenn die Pflichtwidrigkeit auf bösem Willen oder grober Nachlässigkeit beruhe, so sollte hiermit kein Rechtsgrundsatz ausgesprochen werden. Hierzu wäre das Reichsversicherungsamt nach der Lage des Gesetzes auch nicht berechtigt gewesen. Vielmehr sollte dadurch nur den Versicherungsträgern eine maßvolle Anwendung der Bestrafung insbesondere in der Richtung empfohlen werden, beim Vorliegen eines nur geringen Versehens gegebenenfalls von einer Bestrafung aus Billigkeitsgründen Abstand zu nehmen und im übrigen den Grad des Verschuldens bei Bemessung der Strafe gebührend zu berücksichtigen. Von einer Bestrafung können die Versicherungsträger unter Umständen absehen, da ihr Strafrecht nicht wie bei den zur Zuständigkeit der Gerichte gehörenden Kriminalstrafen auch eine Strafpflicht einschließt. Die Reichsversicherungsordnung kennt auch Strafen, die mehr als eine nur geringe Fahrlässigkeit voraussetzen. Wenn z. B. in den §§ 908 und 1487 vorgeschrieben ist, daß eine Bestrafung nur eintreten kann, wenn der Unternehmer die Unrichtigkeit der Angaben kannte oder den Umständen nach kennen mußte, so ist hier mindestens eine an Vorsatz grenzende grobe Fahrlässigkeit zur Bestrafung erfordert (zu vgl. Moesle-Rabeling a. a. O. S. 564 Anm. 12 zu § 908; Hanow-Lehmann, Kommentar zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung S. 624 Anm. 5 zu § 1487).

Welche Unterlagen für die Berufsgenossenschaft gegeben sein müssen, um im einzelnen Falle strafend vorgehen zu können, läßt sich allgemein nicht bestimmen. Jedenfalls folgt aus den obigen Ausführungen, daß ein Verschulden des zu Bestrafenden vom Genossenschaftsvorstand angenommen werden muß. Im einzelnen Falle wird es zweckmäßig sein, daß die Berufsgenossenschaft sich hierüber durch geeignete Ermittlungen, wozu unter Umständen schon eine Anfrage beim Unternehmer genügen wird, Klarheit zu schaffen versucht. Ob besondere Erhebungen notwendig sind beim Erfordernis vorsätzlichen oder grobfahrlässigen Handelns des zu Bestrafenden, kann hier, wo eine solche Zuwiderhandlung nicht in Frage steht, dahingestellt bleiben. In einem Falle wie dem vorliegenden wird die Unterlassung vorgängiger Ermittlungen im allgemeinen kaum Anlaß zu Bedenken geben. Bei der Zuverlässigkeit der staatlichen Verkehrsanstalten und der Ordnung des Dienstes in den Geschäftsräumen der Berufsgenossenschaften wird der Genossenschaftsvorstand regelmäßig davon ausgehen können, daß ein ausweislich seiner Geschäftsbücher nicht eingegangener Lohnnachweis auch in der Tat nicht abgesandt ist und daß der Unternehmer, dem die gesetzliche Pflicht zur Einreichung des Nachweises bekannt sein muß, somit mindestens fahrlässig gehandelt hat. Wenn derartige Säumnisse der Unternehmer sich häufen sollten, könnten auch besondere Ermittlungen in jedem Falle zu einer außerordentlichen Belastung der Berufsgenossenschaften führen. Es muß daher der verständigen Erwägung des Vorstandes von Fall zu Fall überlassen bleiben, ob vor der Straffestsetzung derartige Erhebungen vorzunehmen sind. Dabei können den Vorständen als Anhalt dienen die Vorschriften des abgekürzten Verfahrens, das die Strafprozeßordnung für einfache Strafsachen in den Formen des Strafbefehls (§§ 447 ff.), der Strafverfügung

Digitized by Google

(§§ 453 ff.) und des Strafbescheids (§§ 459 ff.) zuläßt. Die Straffestsetzung ergeht in diesen Fällen regelmäßig ohne voll erbrachten Schuldbeweis, setzt aber doch einen Verdacht gegen den Beschuldigten bis zu dem Grade voraus, daß seine Schuld wenigstens wahrscheinlich ist. Die endgültige Prüfung der Schuldfrage erfolgt erst dann, wenn der Beschuldigte rechtzeitig Einspruch erhebt oder Antrag auf gerichtliche Entscheidung stellt.

Die vom Oberversicherungsamte weiter erwogene Frage, ob dem Unternehmer die Beweislast für die Behauptung zufällt, daß er den Nachweis eingereicht habe, ist zu verneinen. Im ordentlichen Strafprozesse ruht die Beweislast beim Gerichte, nicht beim Angeschuldigten, und es liegt kein Grund vor, für das in den strafrechtlichen Nebengesetzen bestimmte besondere Verfahren andere Grundsätze gelten zu lassen.... Es ist hiernach vorliegend daran festzuhalten, daß dem Unternehmer die Unterlassung der Absendung des Lohnnachweises nachgewiesen werden muß, wenn die Bestrafung bestehen bleiben soll. Natürlich liegt eine gewisse Einwirkung des Unternehmers auf Art und Umfang der Beweisaufnahme in seinem Interesse. Es wird sich für ihn empfehlen, entlastende Beweismittel zu bezeichnen, sei es freiwillig, sei es auf Erfordern der Instanz. Sonst setzt er sich der Gefahr aus, daß seine beweislos aufgestellten Behauptungen nicht nachgeprüft werden können und daraus für ihn nachteilige Schlüsse gezogen werden. Ob und inwieweit Beweis zu erheben ist, ist aber der Instanz überlassen; sie hat von Amts wegen den Sachverhalt erschöpfend aufzuklären (zu vgl. auch die Ausführungen der Revisionsentsch. 1765, Amtl. Nachr. 1913 S. 739).

Rente von 33⅓% für Verlust eines Auges einem Drahtzieher belassen.

Rekursentsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 3. Januar 1914.

Bei der Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit, die der Verlust eines Auges mit sich bringt, hat die Rechtsprechung ständig unterschieden zwischen Arbeitern, deren Berufstätigkeit gerade an das feine und scharfe ungehinderte körperliche Sehen besondere Anforderungen stellt, und Arbeitern, deren Tätigkeit nicht ein derartiges gutes Sehen erfordert. Während diesen letzten Arbeitern im Falle des Verlustes eines Auges nach Eintritt des Dauerzustandes, also besonders der Gewöhnung an die Einäugigkeit, in der Regel nur eine Teilrente von 25 % gewährt wird, erhalten jene Arbeiter in solchem Falle regelmäßig eine Teilrente von 33⅓ %, und diese höhere Rente erhalten auch diejenigen Arbeiter, die, wie die Schmiede, genötigt sind, an gefährlichen Stellen, z. B. am Feuer, zu arbeiten, oder die der Gefahr, durch abspringende Eisen- oder Steinsplitter verletzt zu werden, besonders ausgesetzt sind (zu vgl. Handb. der Unf.Vers. 3 Aufl. I S. 266 Anm. 23 Abs. 2a zu § 9 GUVG. und Rekursentsch. 2461, Amtl. Nachr. 1911 S. 391). Bei der Entscheidung, ob einer der Umstände vorhanden ist, unter denen die höhere Teilrente gewährt zu werden pflegt, kommt es auf die Berufstätigkeit an, die der Verletzte zur Zeit des Unfalls ausgeübt hat. Der Rekurskläger, der als Drahtzieher verunglückt ist, übte nach dem Bericht des Versicherungsamts vom 23. Oktober 1913 allerdings eine Berufstätigkeit aus, die hohe Anforderungen an das Sehvermögen des Arbeiters stellt. Es kann aber dahingestellt bleiben, ob die Tätigkeit des Drahtziehers gerade an das ungehinderte körperliche Sehen besondere Anforderungen stellt, denn sie ist jedenfalls unter den im gegenwärtigen Falle obwaltenden Umständen eine solche, bei der der Arbeiter der Gefahr, durch die Gegenstände seiner Arbeit verletzt zu werden, besonders ausgesetzt ist. Nach jenem Bericht und nach der Erklärung des Betriebsführers K. vom 13. Mai 1913 sind zwar in dem Unfallbetrieb Unglücksfälle, die den Verlust eines Auges zur Folge gehabt haben, nicht gerade häufig vorgekommen; wie sich aber aus dem Bericht ergibt, schwebt der Drahtzieher bei seiner Arbeit in der ständigen Gefahr, bei dem häufigen Reißen des Drahtes von dessen herumschlagenden Enden getroffen zu werden und dadurch auch das andere Auge, das er nur noch besitzt, zu verlieren. Auch im vorliegenden Falle ist der Unfall dadurch herbeigeführt worden, daß dem Rekurskläger ein Drahtende ins Auge schlug. Diese Gefahr kann den Arbeiter veranlassen, die Tätigkeit aufzugeben, und deshalb ist er mehr benachteiligt als andere Arbeiter, deren Tätigkeit nicht so gefährlich ist. Dem Rekurskläger gebührt daher, auch wenn er sich im Laufe der Zeit an seine Einäugigkeit gewöhnt hat, nach wie vor die Teilrente von 33⅓ %. Wenn das Reichsversicherungsamt in der früheren Rekursentscheidung vom 13. Januar 1912 einen Drahtzieher nicht zu denjenigen Arbeitern gerechnet hat, die beim Verlust eines Auges die höhere Teilrente beanspruchen können, so werden demgegenüber im gegenwärtigen Falle nur die tatsächlichen Verhältnisse anders beurteilt. Hier wird also nicht in einer Rechtsfrage von einer anderen Entscheidung abgewichen und es bedurfte daher nicht der Verweisung der Sache an den Großen Senat. Sonach war unter Aufhebung des angefochtenen Urteils der Herabsetzungsantrag der Berufsgenossenschaft abzuweisen.

Digitized by Google

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Kein Anspruch auf Waisenaussteuer, wenn die Ehe der Mutter mit dem Verstorbenen geschieden war.

Rev.-Entsch. des Reichsversicherungsamts v. 21. April 1914.

Unstreitig ist die Ehe der Mutter des Klägers mit dem verstorbenen Arbeiter P. durch rechtskräftiges Urteil des Gemeinschaftlichen Landgerichts in Gera vom 9. Dezember 1908 getrennt worden. Nach § 1252 der Reichsversicherungsordnung besteht ein Anspruch auf Waisenaussteuer, wenn die Witwe zur Zeit der Fälligkeit der Bezüge selbst die Wartezeit für die Invalidenrente erfüllt und die Anwartschaft aufrechterhalten hat. Unter der „Witwe" eines Versicherten kann aber nur diejenige weibliche Person verstanden werden, mit der er zur Zeit des Todes durch das Band einer Ehe verbunden war (zu vgl. auch Rekursentsch. 1825, Amtl. Nachr. 1900 S. 780). Dagegen läßt sich die geschiedene Ehefrau, deren Ehe vor dem Tode des Versicherten bereits rechtskräftig gelöst war, weder nach allgemeinem Sprachgebrauche noch im Sinne der Reichsversicherungsordnung als seine Witwe ansehen (zu vgl. Hanow-Lehmann, 3. Aufl. Anm. 6 zu § 1258; Düttmann, Anm. 4 zu § 1258). Hiernach war der Anspruch des Klägers zurückzuweisen.

Kinderzuschuß nach § 1291 der Reichsversicherungsordnung ist auch dann zu gewähren, wenn der Rentenberechtigte für den Unterhalt der Kinder nicht gesorgt hat.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 7. Januar 1914.

Nach § 1291 RVO. erhöht sich, wenn der Empfänger einer Invalidenrente Kinder unter 15 Jahren hat, die Rente für jedes dieser Kinder um ein Zehntel bis zu dem höchstens anderthalbfachen Betrage. Der Wortlaut dieser Vorschrift macht also die Gewährung des Kinderzuschusses lediglich davon abhängig, daß der Rentenempfänger, wie es hier der Fall ist, Kinder unter 15 Jahren hat. Allerdings ist der Zweck der Aufnahme des § 1291 in die Reichsversicherungsordnung zweifellos der gewesen, die Notlage der Kinder erwerbsunfähiger Personen zu vermindern und im Interesse der Wehrfähigkeit und der volkswirtschaftlichen Wohlfahrt Deutschlands die gesundheitliche Verkümmerung eines Teiles der heranwachsenden Jugend zu verhüten. Dies ergibt sich nicht nur aus der Natur der Sache, sondern ist auch bei Beratung des genannten Paragraphen in der Reichstagskommission ausdrücklich ausgesprochen worden (zu vgl. Komm.Ber. IV S. 103). Gegenüber dem klaren Wortlaut des Gesetzes genügt dieser Umstand aber nicht, um die Gewährung des Kinderzuschusses an die Voraussetzung zu knüpfen, daß der Rentenempfänger den Unterhalt seiner Kinder bisher bestritten hat. Vielmehr erscheint eine solche Einschränkung um so weniger zulässig, als in anderen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung der Anspruch auf Leistungen der Versicherungsträger ausdrücklich von der Voraussetzung abhängig gemacht wird, daß der Rentenberechtigte seine Angehörigen ganz oder überwiegend aus seinem Arbeitsverdienst unterhalten hat, so in §§ 216 Nr. 1 und 1312 Abs. 2 RVO. Uebrigens findet sich auch in anderen neuen Gesetzen die gleiche Unterscheidung. So wird in § 33 des Gesetzes über einen einmaligen außerordentlichen Wehrbeitrag vom 3. Juli 1913 (Reichs-Gesetzbl. 1913 S. 505 ff.) die Ermäßigung des Beitrags für das dritte und jedes folgende Kind an die Voraussetzung geknüpft, daß der Beitragspflichtige Kindern auf Grund gesetzlicher Verpflichtung Unterhalt gewährt. Das gleiche wird in § 27 BesStG. vom 3. Juli 1913 (Reichs-Gesetzbl. 1913 S. 524 ff.) für die Ermäßigung der Besitzsteuer vorgeschrieben. Mangels einer solchen ausdrücklichen Einschränkung im § 1291 RVO. muß der Kinderzuschuß somit allen Rentenempfängern, die Kinder unter 15 Jahren haben, bewilligt werden, ohne Rücksicht darauf, ob sie den Kindern Unterhalt gewähren beziehungsweise gewährt haben oder nicht. Die gleiche Ansicht wird auch in den Kommentaren zur Reichsversicherungsordnung von Hanow-Lehmann (3. Aufl., Anm. 2a zu § 1291) und Düttmann (Anm. 3 zu § 1291) geäußert. Uebrigens hat das Reichsversicherungsamt auf dem Gebiete der Unfallversicherung bei Auslegung des § 16 GUVG. bereits den Standpunkt vertreten, daß der Anspruch der Witwe und der Kinder auf Hinterbliebenenrente nicht dadurch berührt werde, daß sie schon seit längerer Zeit nicht mehr von dem verstorbenen Versicherten unterhalten worden sind (zu vgl. Handb. der Unfallversf. S. 293, Anm. 1 zu § 16 GUVG.). Zudem entspricht die unterschiedslose Gewährung des Kinderzuschusses an alle Rentenempfänger, die Kinder unter 15 Jahren haben, auch dem praktischen Bedürfnisse. Denn einmal wird die durch § 1601 begründete Unterhaltspflicht des Vaters gegenüber seinen Kindern durch seine Erwerbsunfähigkeit rechtlich nicht aufgehoben; er hat vielmehr alle verfügbaren Mittel zu seinem, seiner Ehefrau und seiner Kinder Unterhalte gleichmäßig zu verwenden (zu vgl. BGB. § 1603). Der Umstand, daß, wie vorliegendenfalls,

Digitized by Google

ein in seiner Erwerbsfähigkeit Beschränkter vor der Rentenbewilligung sich von seiner Familie ferngehalten und für den Unterhalt seiner Kinder nicht gesorgt hat, schließt die Möglichkeit nicht aus, daß er nach der durch die Rentenbewilligung erfolgten Erhöhung seiner Einnahmen seiner Unterhaltspflicht nachkommt. Ferner kann eine fortdauernde Ueberwachung der Rentenempfänger in der Richtung, ob sie ihre gesetzliche Unterhaltspflicht gegenüber ihren Kindern erfüllen, nicht Aufgabe der Landesversicherungsanstalten sein. Hiernach war der Bescheid der Versicherungsanstalt vom 11. Juni 1913 dahin abzuändern, daß die dem Kläger gewährte Invalidenrente von jährlich 209 Mark 32 Pf. sich mit Rücksicht auf seine beiden Kinder unter 15 Jahren um zwei Zehntel = 41 M. 86 Pf., also auf jährlich 251 M. 18 Pf. oder 20 M. 95 Pf. monatlich erhöht.

E. Zur Angestelltenversicherung.

Verkäuferin in einem Fleischerladen als Handlungsgehilfin, wenn die kaufmännischen Dienste überwiegen; Bestimmung des Ueberwiegens.

Beschluß des Rentenausschusses Berlin v. 1. Dezember 1913.

Die Versicherungspflicht der Verkäuferin N. nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte hängt davon ab, ob sie als Handlungsgehilfin oder als Gewerbegehilfin zu betrachten ist; im ersteren Falle ist sie gemäß § 1 Abs. 1 Nr. 3 a. a. O. versicherungspflichtig, letzterenfalls dagegen nicht, da eine gehobene Stellung bei ihr nicht in Frage kommt.

Nach § 59 des HGB. sind Handlungsgehilfen „Personen, die in einem Handelsgewerbe zur Leistung kaufmännischer Dienste angestellt sind". Dieser durch das Handelsgesetzbuch aufgestellte und in der Praxis sowohl des früheren Reichs-Oberhandelsgerichts als auch der jetzigen ordentlichen und Kaufmannsgerichte näher erörterte Begriff ist auch für das Versicherungsgesetz für Angestellte maßgebend; ein Eingriff in den danach in Frage kommenden Kreis von Personen sollte durch das Versicherungsgesetz nicht gemacht werden. (Komm.-Ber. S. 8, S. 70; Stenogr. Ber. S. 8182.)

Vorliegend bedarf es daher zunächst der Feststellung, ob der Arbeitgeber der Verkäuferin N., der Fleischermeister D., ein Handelsgewerbe betreibt, also Kaufmann im Sinne des Gesetzes ist; denn Handlungsgehilfe kann nur sein, wer von einem Kaufmann angestellt ist. (Brand, HGB. § 59 Anm. A 2b, S. 191.)

Das Fleischer-(Schlächter-)gewerbe gehört zwar seinem allgemeinen Charakter nach dem Handwerk an, da sowohl das Schlachten des Viehs und das Zerlegen der Tierkadaver zum Zwecke des Fleischverkaufes als auch die Zubereitung von Wurst im allgemeinen eine handwerksmäßige Tätigkeit darstellt; wenn der Gewerbebetrieb zugleich aber die Anschaffung und Weiterveräußerung von beweglichen Sachen, nämlich den Ankauf von Vieh und Weiterverkauf in bearbeitetem oder verarbeitetem Zustande, als Fleisch und Wurst, zum Gegenstand hat, so ist der Fleischer gemäß § 1 Abs. 2 Nr. 1 HGB. Kaufmann im Sinne des Gesetzes. Auf die Eintragung im Handelsregister kommt es in diesem Falle nicht an. (Staub, § 1 Anm. 33 S. 35; Johow-Ring, Jahrb. für Entsch. des Kammerger. 9 S. A 27; 27 S. A 61.)

Diese Voraussetzungen treffen auf D. zu. Er betreibt das Fleischergewerbe in der üblichen Weise, indem er das angekaufte Vieh in seinen Verkaufsläden in be- oder verarbeitetem Zustande wieder veräußert. Mit Rücksicht auf seine Eigenschaft als Handwerker ist er jedoch nicht Voll-, sondern sogenannter Minderkaufmann, wie ihn § 4 HGB. kennzeichnet. Aber auch dessen Angestellte können Handlungsgehilfen sein, da auf ihn die gesamten Vorschriften des Handelsgesetzbuches, insbesondere auch die über Handlungsgehilfen, mit alleiniger Ausnahme der im § 4 a. a. O. aufgezählten Anwendung finden (Staub, § 59 Anm. 11 S. 300; Entsch. des Reichs-G. in Ziv.-S. 63 S. 202.)

Es kommt somit noch darauf an, ob die Erfordernisse des § 59 HGB. auch in der Person der Verkäuferin gegeben sind, d. h. ob sie „zur Leistung kaufmännischer Dienste angestellt ist". Was dabei unter kaufmännischen Diensten zu verstehen ist, richtet sich nicht lediglich nach den gesetzlichen Kaufbegriffen der §§ 1—3 HGB., sondern insbesondere nach der Verkehrsauffassung und der Anschauung des Kaufmannsstandes, so daß also alle Dienste in Betracht kommen, „zu denen diejenige Schulung und diejenigen Fertigkeiten gehören, die man in ihrer Vollendung die kaufmännische Tüchtigkeit nennt", welche die „kaufmännische Signatur" tragen (vgl. Staub, § 59 Anm. 13; Rechtspr. der Oberlandesger. 6 S. 348).

Nach dem Tatbestande liegt der Angestellten N. in der Hauptsache der Verkauf der Fleisch- und Wurstwaren, das Einkassieren der dafür ausgesetzten Preise bzw. bei Kreditgewährung das Anschreiben ob. Im Verkauf des Grundartikels eines

Digitized by Google

kaufmännischen Gewerbes und in der Einkassierung des Kaufpreises dafür ist aber recht eigentlich die kaufmännische Signatur zu finden. (Reichsger. in der Jur. Wochenschr. 1890 S. 295.) Diese Tätigkeit rechnet daher zu den kaufmännischen Diensten und verliert auch nicht ihre Eigenschaft dadurch, daß sie nicht von dem Kaufmann selbst, sondern von einer Angestellten vorgenommen wird. Die Verkäuferin N. ist allerdings weiter noch mit der Reinigung und Aufräumung des Ladens beschäftigt, eine Tätigkeit, die zweifellos nicht als kaufmännische zu betrachten ist. Somit sind es nicht lediglich kaufmännische Dienste, zu denen sie angestellt ist.

Es entsteht daher die weitere Frage, ob in einem solchen Falle die Verkäuferin als Handlungs- oder Gewerbegehilfin anzusehen ist. Dabei kommt es auf die Feststellung an, welche Arbeit für die Beurteilung ausschlaggebend ist. Der Wille der Parteien kann allein nicht entscheiden. Denn für beide Arten von Gehilfinnen sind bestimmte zwingende Vorschriften vorgesehen, daher müssen auch für die Zugehörigkeit zu der einen oder anderen Klasse objektive Merkmale festgesetzt werden, da es sonst in der Macht der Beteiligten liegen würde, durch Vereinbarung diese zwingenden Vorschriften zu beseitigen und den Angestellten bald zu der einen, bald zu der andern Klasse rechnen zu lassen. Maßgebend ist vielmehr, welche Dienste überwiesen, wobei die kaufmännische Tätigkeit der gewerblichen nicht etwa deswegen vorgeht, weil sie als die vornehmere anzusehen ist (RG. in der Jur. Wochenschr. 1910 S. 839 Nr. 78), und wobei zunächst nicht so sehr der äußere Umfang der jeweilig tatsächlich geleisteten einzelnen Dienste und der darauf verwendeten Zeit ausschlaggebend ist, als vielmehr die Feststellung, welche Tätigkeit nach der Anstellung und der Absicht der Parteien vorwiegend und hauptsächlich geleistet und auf welche verständigerweise nach den Anschauungen des Lebens das größere Gewicht gelegt werden sollte und gelegt wird, es sei denn, daß das Vertragsverhältnis ausdrücklich oder stillschweigend eine tatsächliche Aenderung erfahren hat. (Kom.Ber. S. 10; Brand, HGB. § 59 Anm. 2c S. 191; Recht 10 Nr. 3265; Reichsger. im Recht 10 Nr. 2897; Jahrb. des Kaufmannsger. Berlin, Bd. 3 S. 333 Nr. 239; 2 S. 302 Nr. 175; Kaufmannsgericht Lichtenberg in „Das Gewerbe- und Kaufmannsgericht" Jahrg. 2 Sp. 14). Dabei lassen sich die Absichten der Parteien oft aus der Rücksicht entnehmen, die sie auf die Ausbildung und die Fähigkeiten der Anzustellenden nehmen.

Die Verkäuferin N. hat nun eine einjährige Lehrzeit als Verkäuferin durchgemacht und ist von dem Arbeitgeber auch als Verkäuferin angenommen worden. Schon daraus geht zur Genüge hervor, daß es dem Arbeitgeber nicht darauf ankam, eine Hilfskraft zu haben, die ihm den Laden reinigte und aufräumte, sondern daß er eine Gehilfin brauchte, welche die Kaufkunden bediente und die dazu notwendige Fertigkeit und Gewandtheit besaß. Aber auch auf dem Umfange und der Bedeutung nach überwiegt bei weitem die Verkaufstätigkeit der Angestellten. Die übrigen Arbeiten erledigt sie nur nebenher, wenn die Tätigkeit als Verkäuferin sie nicht in Anspruch nimmt und ihr Zeit läßt. Da sie ferner bei Be- und Verarbeitung der Ware überhaupt nicht beschäftigt wird, so kann es keinem Zweifel unterliegen, daß die Verkäuferin N. als Handlungsgehilfin im Sinne des § 59 HGB. anzusehen ist. Ob ihre Tätigkeit als Verkäuferin mehr oder minder mechanisch ist, kommt nicht in Betracht, wenn nur im übrigen die Voraussetzungen des § 59 a. a. O. gegeben sind. Das ist aber der Fall.

Gemäß § 1 Abs. 1 Nr. 3 ist die Angestellte N. somit auch versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte. Auf eine leitende und beaufsichtigende Stellung kommt es dabei nicht an.

Wohnt der Angestellte nicht am Beschäftigungsort und bezahlt der Arbeitgeber die Fahrtkosten, so gehört ihr Betrag zum Arbeitsverdienst.

Beschluß des Rentenausschusses Berlin v. 15. Dezember 1913.

Der Angestellte wohnt mit Wissen und werktätiger Unterstützung des Arbeitgebers in H. Die Abrede, daß S. als sein Wohnort gelten solle, kommt daher für die vorliegende Streitsache nicht in Betracht. Würde dem Angestellten die freie Fahrt nicht gewährt, so müßte er die Kosten der Fahrt zur und von der Arbeitsstätte aus seinem sonstigen Einkommen bestreiten. Die Gewährung der freien Fahrt durch den Arbeitgeber bedeutet also eine Erhöhung des für die versicherungspflichtige Tätigkeit bezogenen Entgelts. Der Wert dieser Zuwendung ist daher bei Berechnung des versicherungspflichtigen Jahresarbeitsverdienstes voll einzusetzen.

Digitized by Google

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Zur Frage der Gewöhnung an Unfallfolgen entnehmen wir einem Aufsatz von Sanitätsrat Dr. Benda (Berlin) in der „Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen" 1914 S. 1 ff. folgende Ausführungen:

„Es ist m. E. durchaus gerechtfertigt gewesen, daß man bisher Unfallfolgen bei der Frau höher bewertet hat als beim Manne. Dieser Anschauung lag der berechtigte Gedanke zugrunde, daß die arbeitende Frau durch Unfallfolgen nicht nur in ihrem Erwerbsleben, sondern auch in ihrer spezifischen Beschäftigungsart im Hause geschädigt ist. Gegenwärtig aber macht sich eine entgegengesetzte Strömung bemerkbar. Gewöhnung wird jetzt bei der Frau häufig schon zu einer Zeit angenommen, wo zwar ihre Arbeitsfähigkeit im Erwerbsleben nicht mehr beeinträchtigt ist, aber scheinbar unbedeutende Unfallfolgen sich im Hause stark bemerkbar machen und fremde Hilfe für alltägliche Verrichtungen nötig bleibt. Hier wird man den tatsächlichen Verhältnissen nicht gerecht. Denn während z. B. beim Manne die Verstümmelung des rechten Mittelfingers, selbst sein Verlust, nach einiger Zeit, wenn die Reizerscheinungen verschwunden sind, ziemlich bedeutungslos ist, stört eine nur unerhebliche Verstümmelung desselben bereits die Frau dauernd bei einer der wichtigsten häuslichen Verrichtungen, beim Nähen, in recht fühlbarer Weise, da der Fingerhut, ohne den diese Arbeit nicht oder nur mangelhaft auszuführen ist, keinen geeigneten Halt findet. Der Mittelfinger ist schon deswegen bei der Frau mindestens ebenso hoch zu bewerten, wenn nicht höher, als der Zeigefinger, und die Annahme einer Gewöhnung dürfte hier vielfach als verfehlt zu bezeichnen sein. Daß auch für andere häusliche Verrichtungen selbst gröberer Art, wie Waschen, Brotschneiden, Kartoffelschälen, Funktionsstörungen der rechten Hand, namentlich auch eine Verminderung der groben Kraft, von Bedeutung sein müssen, ist einleuchtend.

Was die ästhetische Einbuße betrifft, so erscheint es mir außer Frage, daß eine solche bei der Frau viel nachteiliger auf ihren Lebensgang wirkt, als beim Manne. Daß z. B. eine Verstümmelte in dem spezifisch weiblichen Beruf der Hausangestellten weniger Chancen auf dem Arbeitsmarkt hat als die Gesunde, steht wohl fest. Trotz der Dienstbotennot wird man sich in den besser situierten Ständen schwer entschließen, ein Mädchen mit defekter Hand zu engagieren — und zwar nicht nur wegen der vermeintlichen funktionellen Einbuße. Es bleiben also für die Unfallverletzte nur minderwertige, bei schwerer Arbeit schlecht bezahlte Stellen übrig. Bei Verletzungen gar, durch welche Entstellungen des Gesichts, Haardefekte, Beinverkürzungen, Verkrümmungen der Wirbelsäule und Aehnliches die Folge sind, wird das Vorhergesagte naturgemäß in noch höherem Maße der Fall sein, und hier tritt noch dazu, daß die Verheiratung in Frage gestellt resp. zur Unmöglichkeit gemacht wird. — Ich meine also, die ästhetische Einbuße fällt bei der Frau so sehr ins Gewicht, daß sie der Verkürzung oder Entziehung der Rente wegen Annahme einer Gewöhnung entgegenwirken sollte.

Am besten dürfte in den schwierigen Fragen über die Entschädigungsbedürftigkeit einer weiblichen Person eine Geschlechtsgenossin urteilen können. Ich möchte mir deswegen folgenden Vorschlag erlauben. Vor einer Rentenfestsetzung resp. vor einer beabsichtigten Aenderung sollte man bewährte, intelligente Frauen aus dem Volke, die auf ein arbeitsreiches Leben zurückblicken können, gewissermaßen als Sachverständige hören. Es steht zu erwarten, daß die Frau im Gefühl ihrer Verantwortlichkeit den vorliegenden Fall möglichst objektiv auffassen und ihre Ansicht unparteiisch zum Ausdruck bringen wird. Die Rentenfestsetzung dürfte dann viel besser, als es heute bei der Unkenntnis des Mannes über die einschlägigen Verhältnisse möglich ist, fundiert sein und der jeweiligen Erwerbsbehinderung gerecht werden.

Der zweite Punkt betrifft die ganz schweren Unfallfolgen, besonders bei jugendlichen Individuen, den Verlust der rechten Hand oder eine dem Verlust der Hand gleichkommende Funktionsaufhebung. Kann man hier auch den Eintritt einer Gewöhnung erwarten? Nach der Definition von Kempf ist Gewöhnung die durch häufige Wiederholung einer Tätigkeit bewirkte Befähigung zu derselben, bei der die Willensimpulse immer stärker ausgeschaltet werden zugunsten eines unbewußten, mehr automatischen Mechanismus. Ist diese Definition richtig, so wird man von einer Gewöhnung bei einem Menschen, der eine vollkommen steife oder gar keine Hand hat, nicht sprechen können, da unter solchen Umständen die postulierte Wiederholung einer Tätigkeit unmöglich geworden ist. Gewiß kommt es vor, daß zu der Rente noch etwas zum Lebensunterhalt hinzu verdient werden kann. Aber man muß sich klar machen, daß in solchen Fällen die Erwerbsfähigkeit nicht objektiv begründet, sondern nur eine Fiktion ist, erzeugt durch die altruistischen Empfindungen eines wohlwollenden Arbeitgebers, der die Leistungen seiner Angestellten durch die Brille des Mitgefühls betrachtet. Ich kenne freilich einen jungen Mann, dem der ganze rechte Arm exartikuliert worden ist, und der trotzdem imstande ist, sich nutzbringend zu betätigen. Er ist bei einem Chirurg beschäftigt, leistet ihm Hilfsverrichtungen, reinigt z. B. mit seiner einen Hand äußerst flink Instrumente, auch fährt er durch das Straßengewühl der Stadt im Dienste eines Geschäftes Rad. Gewiß ein klassisches Beispiel von Gewöhnung. Aber solche Fälle sind doch extrem selten und setzen eine Energie, Intelligenz und Anpassungsfähigkeit voraus, wie sie nur wenigen gegeben sein dürfte. Im allgemeinen aber gilt doch wohl die Regel, daß ein Mensch, der den Verlust der rechten Hand zu beklagen hat, dauernd außerstande ist, sich in nennenswerter Weise wirtschaftlich zu betätigen.

Besonders beklagenswert sind natürlich jene, die das Unglück gehabt haben, schon im jugendlichen Alter erwerbsunfähig geworden zu sein. Sind sie doch auf die in Gemäßheit ihrer damaligen Lohnverhältnisse festgesetzte Unfallrente ihr ganzes Leben angewiesen. Und diese sollte noch durch die Annahme einer Gewöhnung gekürzt werden! Man stelle sich einen Menschen vor, der vor 20 Jahren als 15jähriger Lehrling oder Arbeitsbursche seine rechte Hand verloren hat, und der heute als Mann im günstigsten Fall dieselbe Rente wie damals bezieht, während in dieser

Digitized by Google

Zeit, falls er unverletzt geblieben wäre, nicht nur für ihn persönlich der Lohn gestiegen wäre, sondern die Löhne im allgemeinen weit höhere sind, als zur Zeit seiner Verletzung, und man bedenke, wie groß für ihn der Verlust ist. In der Gewährung nur der Lehrlingsrente an den erwachsenen Mann liegt eine Härte, die zu dem Geist, der die soziale Gesetzgebung durchzieht, nicht recht passen will. Hier tut Abhilfe dringend not. Ich halte die Annahme einer Gewöhnung bei den durch schwere Verstümmelung dauernd in jeder wirtschaftlichen Betätigung Behinderten nicht nur für ungerechtfertigt, sondern ich bin im Gegenteil der Ansicht, man soll von Zeit zu Zeit, etwa von 3 zu 3 Jahren, bis zum 60. Lebensjahr eine Revidierung der Rente eintreten lassen, indem man den Prozentsatz derselben den allgemeinen jeweiligen Lohnverhältnissen entsprechend erhöht. Ich glaube nicht einmal, daß die Berufsgenossenschaften hierdurch überhaupt in nennenswertem Grade mehr belastet werden würden. Es würde sich vielleicht verlohnen, statistische Erhebungen darüber anzustellen, wie viel von den im jugendlichen Alter schwer Geschädigten ein höheres Alter erreichen. A priori erscheint die Annahme gerechtfertigt, daß dies nicht der Fall sein wird. Denn da die Wirksamkeit der Faktoren der Armut, wie schlechte Wohnung, Unterernährung, Unreinlichkeit, bei ihnen erhöht ist, dürfte das Auftreten von schweren Krankheiten begünstigt werden und das Leben in erhöhtem Maße gefährdet sein.

Eine weitere Frage ist nun die, ob bei nervösen Unfallerkrankungen eine Gewöhnung eintreten kann. Die schweren, mit Intelligenzdefekten oder gar mit Demenz oder Lähmungen einhergehenden Erkrankungen scheiden hier naturgemäß aus. Glücklicherweise sind diese Störungen aber sehr selten. In der großen Mehrzahl der Fälle handelt es sich um das allen Begutachtern leider so vertraute Krankheitsbild der viel erörterten „traumatischen Neurose". Man wird mir zugeben, daß in unserem neurasthenischen Zeitalter mit Symptomen, die denen einer leichten oder selbst mittelschweren traumatischen Neurose entsprechen, im wahrsten Sinne des Wortes unzählige Menschen aller Berufsstände umhergehen, ohne in ihrer Arbeitsfähigkeit — wenigstens nicht dauernd — gestört zu sein, daß sie vielmehr oft in verantwortungsvollen Stellen die angestrengteste Arbeit verrichten, häufig sogar höchste geistige Arbeit leisten. Sie finden sich eben allmählich mit ihren nervösen Beschwerden ab, sie gewöhnen sich daran. Eine Ausnahmestellung nehmen nur die durch einen entschädigungspflichtigen Unfall „nervös" Gewordenen ein, die sich auch an ganz leichte Beschwerden nicht zu gewöhnen vermögen, deren Zustand sich sogar vielfach verschlimmert, weil im Laufe der Zeit zu der Unfallneurose noch quasi eine neue Krankheit, die Rentenneurose mit ihren, jede Heilung oder Besserung negierenden Vorstellungen hinzutritt.[1]) So sehen wir so häufig die betrübende Erscheinung, daß kräftige, gut genährte Individuen viele Jahre, oft Jahrzehnte hindurch, als Opfer der Unfallnervenseuchen hindämmern, kränkelnd, klagend, verzweifelnd und schließlich invalide geworden. Welche unnütze Schädigung des Nationalwohlstandes durch die Ausschaltung so vieler Arbeitskraft gerade in der Zeit der höchsten Lebensbetätigung!

Um diesen unhaltbaren Zuständen ein Ende zu machen, gibt es, insbesondere auch vom ärztlichen Standpunkt aus, nur eins: Fort mit der Rente bei allen Unfallnervenkranken! Zunächst ist jeder Nervenkranke möglichst bald einer Nervenheilanstalt zu längerer und gründlicher Beobachtung und Behandlung zu überweisen. Organische und funktionelle Erkrankungen werden hier nach einiger Zeit differenziert, Simulation erkannt, Uebertreibung richtig bewertet werden. Für die übrigbleibenden funktionellen Fälle würde sich eine Kapitalabfindung empfehlen, auf die Gefahr hin, daß hin und wieder einmal eine Simulation übersehen oder eine Uebertreibung nicht erkannt wird, oder daß andererseits später dieser oder jener Abgefundene der Armenpflege zur Last fällt. Nach den glänzenden Erfolgen, die man mit der einmaligen Abfindung in der Schweiz gemacht hat, ist es schwer zu verstehen, warum man sich bei uns so ablehnend verhält. Die Befürchtungen, die man an die Kapitalabfindung knüpft, daß in Hinsicht auf die einmalige Auszahlung einer größeren Geldsumme die Begehrungsvorstellungen und die hierdurch bedingten Neurosen („Abfindungsneurosen") ins Ungeheure steigen werden, kann ich nicht teilen. Einerseits ist doch die Zeit für die Ausbildung solcher Neurosen zu kurz, andererseits handelt es sich um einen einmaligen Akt. Das ist aber gerade gegenüber dem Rentensystem der fundamentale Unterschied. Hier nur ein provisorischer Zustand und infolgedessen die stete Befürchtung einer Aenderung, bei der Kapitalabfindung eine einmalige definitive Erledigung der Angelegenheit. Ich sehe in der Kapitalabfindung, die auf Grund einer genauen klinischen Beobachtung, unter Berücksichtigung auch aller individueller Faktoren vorzunehmen ist, das einzige wirkliche Heilmittel; wie Nägeli meint, eine kausale Therapie[2]). Die Unfallnervenkranken werden sich gleich den nicht versicherungspflichtigen, aus anderen Ursachen nervös Gewordenen verhalten, der natürliche Trieb zu gesunden, wird wieder die Oberhand bekommen, resp. es wird, wie bei jenen, allmählich Gewöhnung an die nervösen Beschwerden eintreten, und Arbeit wird als willkommene Ablenkung empfunden werden. Um das Heilmoment der Arbeit besonders zu betonen, würde es sich vielleicht empfehlen, außer der Kapitalabfindung noch eine Prämie auf möglichst frühzeitiges Wiederaufnehmen der Arbeit zu setzen.

[1]) Während meiner langjährigen Tätigkeit ist mir nur ein einziges Mal Heilung zugegeben worden, und hier war es zweifelhaft, ob das Zugeständnis nicht durch das manische Stadium einer beginnenden Paralyse bedingt war.

[2]) Nägeli hat 138 Fälle zusammengestellt, in denen die Verletzten durch ein Kapital ein für allemal abgefunden worden waren. Bei 115 bestand volle Erwerbsfähigkeit; teils wurde ungefähr derselbe Lohn wie früher verdient, teils hatten die Verletzten sich selbständig gemacht. Unter 20 erwerblich Geschädigten befanden sich 16 mit schweren organischen Läsionen. Von den übrigbleibenden 4 konnten 2 ein Jahr nach der Begutachtung noch nicht den früheren Lohn verdienen, sie bezeichneten sich zwar als völlig erwerbsfähig, hatten aber noch keine gute Stelle wieder gefunden; einer konnte seines Alters wegen keine mehr finden; bei dem letzten wirkten andere Faktoren mit. — Die Arbeit wurde schnell wieder aufgenommen; gewöhnlich wurde nach einigen Monaten, selten erst nach ½—1 Jahr der volle Lohn erreicht. Keine Rückfälle, keine Verschlimmerung, keine Psychose (Korrespondenzbl. für Schweizer Aerzte 1910).

Digitized by Google

Literarisches.

Das Einigungsabkommen zwischen Aerzten und Krankenkassen nebst den Ausführungsbestimmungen. Von Regierungsrat Dr. Schlottmann. Berlin 1914 bei Franz Vahlen. Preis geb. 1,50 M.

In handlicher Form ist hier eine allen Beteiligten, den Organen der Krankenkassen, den Aerzten, den Behörden und allen ehrenamtlich mit der Sache Befaßten zu empfehlende Zusammenstellung der maßgebenden Normen mit kurzen, das Verständnis fördernden Anmerkungen geboten.

Formularbuch für Versicherungsämter. Von Landesversicherungsassessor Seelmann. Altenburg 1914 bei Stephan Geibel. Preis geb. 4 M.

Nach der Paragraphenfolge der Reichsversicherungsordnung und des Einführungsgesetzes ist hier zu jeder Gesetzesvorschrift, die dem Versicherungsamt eine Aufgabe auferlegt, ein Muster für die Erledigung gegeben: vollständige Entwürfe von Urteilen, Beschlüssen, Verfügungen, Niederschriften (Protokollen) usw. Auch für die Revision der Krankenkassen, für die Festsetzung des Wertes der Sachbezüge, für die Wahl der Versicherungsvertreter sind Muster mitgeteilt. Ueberall ist auf die maßgebenden Gesetzesvorschriften und auf die in Betracht kommenden Zuständigkeitsfragen hingewiesen. Das einem einleuchtenden Bedürfnisse nicht nur der Versicherungsämter selbst, sondern auch der Krankenkassen, Parteivertreter, Rechtsauskunftsstellen entsprechende Buch verrät überall den gewiegten Praktiker, als welcher der Verfasser bekannt ist, und schließt sich anderen von ihm verfaßten Hilfsbüchern würdig an. (Vgl. z. B. Arb.-Vers. 1913 S. 285, 645.)

Wie gelangt ein Unfallverletzter zu einer Entschädigung? Von Regierungsrat Dr. Schlottmann. Berlin 1914 bei Julius Springer. Preis (kart.) 1,20 M.

Das Buch kann als Muster eines praktischen Führers durch den umfangreichen, verwickelten und nicht eben leicht zu erfassenden Gesetzesstoff der Unfallversicherung gelten und empfohlen werden. In einfacher, auch für den Laien wohl verständlicher Sprache und in vorzüglicher Anordnung wird der Gang des Verfahrens geschildert und dem Verletzten der Weg gewiesen, wie er seine Rechte geltend zu machen und zu wahren hat. Durch die Art des Drucks ist überall auch für leichte Uebersichtlichkeit und Erkennbarkeit des Wesentlichen gesorgt. Muster von Eingaben eines Unfallverletzten und ein Verzeichnis von unentgeltlichen Rechtsauskunftstellen erhöhen den praktischen Wert des sehr empfehlenswerten Buches.

Die neue englische Sozialpolitik. Von H. A. Walter (London). München und Berlin 1914 bei R. Oldenburg. Preis geb. 4 M.

Das Buch — der 6. Band des Sammelwerks „Die Kultur des modernen England in Einzeldarstellungen" — wird gewiß auch einem der Zwecke der ganzen Sammlung, nämlich der deutsch-englischen Verständigung dienen. Nicht besser kann es sich einführen, als durch das inhaltreiche Geleitwort, das ihm kein Geringerer, als der Schatzkanzler Lloyd George beigegeben hat. Es erscheint in einem günstigen Augenblicke. Einerseits ist die englische Sozialpolitik zu einem relativen Abschluß gelangt, anderseits aber liegen, wenigstens auf den wichtigsten Gebieten, genügend Erfahrungen vor, um einigermaßen sichere Schlüsse über die Wirkung und den Erfolg der verschiedenen Versicherungsgesetze ziehen zu können. Die Darstellung Walters, die sich durch Einfachheit und Sachlichkeit auszeichnet, will in erster Linie die Kenntnis des Tatsachenmaterials dem deutschen Leser unterbreiten. Doch sind durch gelegentliche Hinweise auf analoge deutsche Verhältnisse wertvolle Vergleiche und Ausblicke geboten. Das Geleitwort des englischen Schatzkanzlers äußert sich über britische und deutsche soziale Gesetzgebung und über die höhere staatsmännische Auffassung der sozialen Reform, welche die Verhältnisse der Arbeiter in Einklang zu bringen sucht mit den ethischen Forderungen der Zeit.

Kommentar zur Reichsversicherungsordnung und ihrem Einführungsgesetz. Von Prof. Dr. Stier-Somlo. Berlin 1914 bei Franz Vahlen. Dritte Lieferung. Preis 4,50 M.

Die dritte Lieferung dieses großen Werkes umfaßt die §§ 165—220 RVO., also schon einen erheblichen Teil des Krankenversicherungsrechts. Nach einer Ankündigung auf dem Titelblatt sollte die vierte Lieferung im Mai erscheinen; das ganze Werk soll bis Ende 1914 vollständig vorliegen. Man darf es mit großem Interesse erwarten. Denn auch die neue Lieferung zeigt die Vorzüge der früheren: große Reichhaltigkeit, umfassende Berücksichtigung der für das Verständnis der einzelnen Normen wichtigen Entstehungsgeschichte, der Rechtsprechung und der Literatur.

Der Wechsel des Interessenten im Rechte der Schadensversicherung. Von Dr. Fritz Cahn. Mannheim bei J. Bensheimer, 1914. Preis 3,20 M.

Die Arbeit ist als erstes Heft der von den Professoren Dr. Hoeniger und Geh. Rat Dr. Rosin herausgegebenen „Versicherungswissenschaftlichen Abhandlungen" erschienen. Es handelt sich um die §§ 69 ff. des Gesetzes über den Versicherungsvertrag, die sich auf die Veräußerung einer versicherten „Sache", also nicht nur — wie § 571 BGB. — einer unbeweglichen Sache beziehen. Die Abhandlung weist nach, daß der Ausdehnung der Vorschriften auch auf unkörperliche Gegenstände, also über den Sachbegriff des § 90 BGB. hinaus auch auf versicherte „Rechte", die ihren Interessenten wechseln, juristische Bedenken nicht entgegenstehen, daß aber die praktische Verwendbarkeit der Vorschriften ziemlich eng begrenzt ist. Die gut disponierte und klare Darstellung bezeugt vollständige Beherrschung des Rechtsstoffs und der Literatur sowie Verständnis für die in Betracht kommenden praktischen Verhältnisse.

Digitized by Google

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und recht deutlich zu schreiben.

Wartezeit für das Krankengeld.

1. Nach Hannover. Antwort: Die Satzung kann nach § 191 Abs. 2 RVO. das Krankengeld schon vom ersten Tage der Arbeitsunfähigkeit an zubilligen, wenn die Krankheit länger als eine Woche dauert; daß auch die Arbeitsunfähigkeit so lange gedauert haben müsse, wird nicht gefordert. Wenn also die Satzung eine solche Bestimmung enthält, so hat der Versicherte bei einer länger als einer Woche dauernden Krankheit auch dann Anspruch auf Krankengeld, wenn er nur am ersten, zweiten oder dritten Krankheitstage arbeitsunfähig war. Da es sich aber um eine Mehrleistung handelt, welche die Kasse ohne gesetzlichen Zwang übernimmt, kann sie diese an erschwerende Bedingungen allgemeiner Art knüpfen, also auch bestimmen, daß das Krankengeld vom ersten Krankheitstage ab nur dann gezahlt wird, wenn die Krankheit und Arbeitsunfähigkeit länger als eine Woche dauert. Ebenso hat das RVA. (Entsch. 1805 Amtl. Nachr. 1914 S. 375) ausgesprochen, daß die Satzung eine längere, nicht aber eine kürzere Krankheitsdauer als Voraussetzung des Wegfalls der Wartezeit aufstellen kann.

In die Wartezeit für das Krankengeld sind Sonn- und Feiertage auch dann mit einzurechnen, wenn für sie ohnehin Krankengeld nicht zu zahlen ist (Hahn, Handb. der KrVers. S. 223 Anm. 8 zu § 182).

Anspruch auf Wochengeld nach Ausscheiden aus der Kasse wegen Erwerbslosigkeit.

2. Nach Cleve. Antwort: Scheidet ein weibliches Mitglied wegen Erwerbslosigkeit aus der Kasse aus, so hat es Anspruch auf Wochengeld nach § 195 RVO., wenn die Entbindung innerhalb drei Wochen nach dem Ausscheiden stattfindet; denn erst mit ihr tritt der Versicherungsfall, d. h. dasjenige Ereignis ein, das den Anspruch begründet. Die dreiwöchige Frist beginnt also nicht schon zwei Wochen vor der Entbindung, wenn das Wochengeld schon für die beiden letzten Wochen vor der Entbindung gewährt wird.

a) **Lehrmädchen oder Schülerin?** b) **Kosten der örtlichen Betäubung beim Zahnziehen.**

3. Nach Zeven. Antwort: a) Wenn die Schneiderin, die die jungen Mädchen ausbildet, nicht aus der Anfertigung der Kleider, sondern aus der Ausbildung ein Gewerbe macht, so würde sie nicht einen gewerblichen Schneiderbetrieb, sondern eine Lehranstalt haben, und die jungen Mädchen wären nicht als Lehrlinge im Sinne der RVO. zu betrachten, auch wenn sie selbst später die Schneiderei beruflich ausüben sollten. (Vgl. Hahn, Handb. der Kr.-Vers., Anm. 8 zu § 165). Ist aber der Schneiderbetrieb ein gewerblicher, so wird es sich in der Regel um Lehrlinge handeln, sofern nicht nachweislich die Unterweisung ausschließlich in Form eines Unterrichts geschieht, vielmehr auf die gewerbliche und berufliche Ausbildung zugeschnitten ist. Die sogenannte Lehranzeige, die bei der Handwerkskammer erstattet wird und ausdrücklich die Ausbildung für den Hausbedarf als Zweck bezeichnet, ist nicht unbedingt maßgebend, wenn sie natürlich auch zur Unterstützung der rechtlichen Beurteilung mit herangezogen werden kann. b) Die Kasse ist zur Bezahlung der Kosten für Betäubung des Zahnnervs beim Zahnziehen nicht ausnahmslos verpflichtet, sondern nur dann, wenn die Betäubung nach der Sachlage, z. B. bei besonderer Schmerzhaftigkeit oder bei besonders zarter Körperbeschaffenheit des Patienten, geboten erscheint.

Bei Innungskrankenkassen kommt der Beschäftigungsort nicht in Betracht. Ihr Bezirk wird durch Eingemeindungen nicht berührt.

4. Nach Dortmund. Antwort: a) Alle im Gewerbebetriebe des Innungsmitgliedes beschäftigten Versicherungspflichtigen, also auch die an auswärtigen Arbeitsstätten (Baustellen) Beschäftigten, gehören nach § 250 RVO. der Innungskrankenkasse an; die Vorschriften über den Beschäftigungsort (§ 153 RVO.) kommen dabei nicht in Betracht. (Entsch. des bad. VGH. in Arb.-Vers. 1908 S. 469; Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 3b zu § 250.

b) Der Bezirk der Innungskrankenkasse deckt sich immer mit dem Bezirke der Innung selbst (zu vgl. Hahn, Anm. 2 zu § 250). Der Innungsbezirk aber wird durch die Errichtung bestimmt (§§ 82, 100 GewOrdg.) und durch spätere Eingemeindungen nicht ohne weiteres auf das eingemeindete Gebiet erstreckt.

a) Inländische Arbeiter eines ausländischen Unternehmers. b) Versicherungsort nach § 153 Abs. 2 RVO.

5. Nach Müllheim, Baden. Fragen: a) Eine Firma, die ihren Sitz in der Schweiz hat, führt seit einigen Wochen in verschiedenen badischen Bezirken elektrische Hochspannungsleitungen aus: so auch in unserem Kassenbezirk. Die Firma meldet ihre Arbeiter nicht zur reichsgesetzlichen Kranken- und Invalidenversicherung an; dagegen zieht sie den Arbeitern 3 % ihres Lohnes bei der Lohnzahlung ab und gewährt ihnen hierfür bei Unfällen (ob auch bei anderen Krankheiten, wissen wir nicht) den vollen Taglohn bis zu ihrer Wiederherstellung, oder sie zahlt eine Abfindung. Zwei Arbeiter der betr. Firma sind bei unserer Kasse als „unständig Beschäftigte" versichert, auch gehören sie der Invalidenversicherung an. Ist die Firma nicht verpflichtet, die Arbeiter in Deutschland zur Kranken- und Invalidenver-

Digitized by Google

sicherung anzumelden? Ev. bei welcher Kasse sind sie anzumelden? Wenn die private Fürsorge der Firma als vollwertiger Ersatz für die reichsgesetzlichen Versicherungen rechtlich gilt, sind die zwei bei unserer Kasse versicherten Arbeiter berechtigt, ihre Versicherung hier fortzusetzen?

b) Eine Transport-Gesellschaft, die in Mülhausen i. E. ihren Betriebssitz hat, beauftragt während der Saisonzeit (ca. 5 Monate) einen ihrer Angestellten, mit einem Automobil Personen in einem Badeorte unseres Kassenbezirks zu befördern. Der betr. Chauffeur wohnt in einem Hotel des Badeorts. Die Ortskrankenkasse des Betriebssitzes (Mülhausen i. E.) hat der Firma mitgeteilt, sie müsse den betr. Chauffeur bei unserer Kasse anmelden. Ist unsere Kasse zuständig für die Versicherung des genannten Beschäftigten?

Antwort: a) Ihre Angaben reichen zu einer sicheren Beurteilung nicht aus. Es ist nicht zu ersehen, ob eine feste Arbeitsstätte im Inlande besteht. Ist dies nicht der Fall, so gelten die Arbeiter nach § 154 RVO. als im Ausland beschäftigt, und die Versicherung nach der Reichsversicherungsordnung greift nicht Platz. Ist es aber der Fall, so wird je nach den Umständen einer der Fälle des § 153 oder auch § 155 zutreffen. Dann muß die danach zuständige Kasse den ausländischen Arbeitgeber zur Beitragsleistung und zur Anmeldung der Arbeiter heranziehen. Soweit diese Arbeiter sonst als unständig versichert sind, ist nach § 449 RVO. zu verfahren.

b) Wir halten auf Grund des § 153 Abs. 2 RVO. die Kasse in Mülhausen für zuständig, wo der Chauffeur den größeren Teil des Jahres hindurch seine regelmäßige feste Arbeitsstätte hat. Im Verhältnis hierzu sind die Arbeiten, die er in Müllheim und in der Umgegend verrichtet, von geringer Dauer. Gerade bei Transportunternehmungen entspricht es der Absicht des Gesetzes, einen Wechsel des Beschäftigungsortes möglichst zu vermeiden.

Wiederaufleben der Anwartschaft nach § 1288 RVO.

6. An S. P. Frage: Ist die Rev.-Entsch. Nr. 1045 (Amtl. Nachr. 1903 S. 371), wonach nach dem Erlöschen der Anwartschaft eine freiwillige Beitragsleistung auf ein Jahr zurück zulässig ist, wenn vermöge der nachentrichteten Beiträge die Anwartschaft erhalten sein würde, auch anwendbar, wenn der Versicherte über 40 Jahre alt ist und noch nicht 500 Beitragsmarken verwendet hat? (§ 1283 Abs. 3 RVO.)

Antwort: Wir verneinen die Frage. Der Entwurf der RVO. (§ 1269) wollte ein Wiederaufleben der Anwartschaft durch freiwillige Beitragsleistung überhaupt ausschließen. Dann wäre die Entscheidung 1045 hinfällig geworden. Der Reichstag hat aber der freiwilligen Beitragsleistung wenigstens noch unter den einschränkenden Voraussetzungen der Abs. 2 und 3 des § 1283 Wirkung eingeräumt. Nur unter diesen Voraussetzungen also kann jene Entscheidung noch Geltung beanspruchen.

Krankenversicherungsfreiheit nach § 169 RVO.

7. Nach D. Antwort: Wenn zur Befreiung der im Amtsdienste Beschäftigten der zweite der im § 169 RVO. bezeichneten Wege, nämlich die Gewährleistung von Bezügen im 1½ fachen Betrage des Krankengeldes, gewählt ist, so hat der Beschäftigte im Fall einer Erkrankung keinerlei weitergehende Ansprüche, insbesondere also auch in dem Falle, daß er ärztlicher Behandlung bedarf, ohne dienstunfähig zu sein, keinen Anspruch auf Ersatz der Kosten ärztlicher Behandlung. Das Gesetz geht eben davon aus, daß die Weitergewährung von Bezügen im 1½fachen Betrage des Krankengeldes den Regelleistungen der Krankenkassen gleichwertig ist.

Berechnung einer Monatsfrist, die mit dem Anfang eines Tages beginnt.

8. Nach K. Antwort: Wir halten die Entscheidung des Versicherungsamts für richtig. Die im § 125 RVO. vorgeschriebene Berechnung von Wochen- und Monatsfristen ist nur anwendbar, wenn der Fristbeginn „in" einen Tag fällt. Es soll nicht mit Teilen eines Kalendertages gerechnet werden. Beginnt aber die Frist mit dem Beginn eines Kalendertages, so ist dieser Tag mit einzurechnen (zu vgl. § 187 Abs. 2 BGB.). Für die mit Beginn des Jahres 1914 versicherungspflichtig gewordenen läuft daher die satzungsmäßige Wartefrist von drei Monaten hinsichtlich der Mehrleistungen mit dem 31. März 1914 ab.

Zuständige Kasse bei fester Stellung und gleichzeitiger Ausübung eines Hausgewerbes.

9. Nach Blankenese. Antwort: Gehört ein Hausgewerbtreibender bereits einer anderen Kasse an, so braucht er nicht Mitglied der Landkrankenkasse bzw. der Allgemeinen Ortskrankenkasse zu werden. Gilt dies für freiwillige Mitglieder einer anderen Kasse (vgl. Arb.-Vers. 1914 S. 416 Ziff. 7), so muß es für Pflichtmitglieder entsprechend gelten. Wenn also der Musterzeichner bisher auf Grund einer festen Anstellung der besonderen Ortskrankenkasse angehörte, so kann er deren Mitglied auch weiterhin bleiben, obwohl er außerdem noch als Hausgewerbtreibender tätig ist. Denn nach den §§ 468, 443 trägt die Kasse den Hausgewerbtreibenden nur dann in die Liste ein, wenn er noch keiner Kasse angehört. Außerdem aber ist überhaupt das feste Arbeitsverhältnis, soweit es die Versicherungspflicht begründet, maßgebend, wenn es mit einer hausgewerblichen Tätigkeit zusammentrifft. Dies folgt aus den §§ 468, 447. Den Ausführungen Seelmanns in der Arb.-Vers. S. 305 unter 5 ist zuzustimmen. Insoweit kann § 309 RVO. und ebenso die Bestimmung III. 14 in der Bekanntmachung des Reichskanzlers v. 5. Dez. 1913 (Arb.-Vers. 1914 S. 13) keine Anwendung finden.

Ersatzanspruch der aushelfenden Kasse wegen Krankenhauspflege.

10. W. 100. Antwort: Richtig ist, daß, wenn die Satzung dies ausdrücklich vorsieht, die Kasse einem Mitglied, das sich freiwillig weiterversichert, statt der Krankenpflege das halbe Krankengeld gewähren kann, wenn es sich nicht im Bezirke der Kasse aufhält. Sie kann aber auch Krankenhauspflege gewähren. (Vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 4 zu § 193.) Billigt sie diese, so muß sie auch die Kosten tragen, und im vorliegenden Falle hat sie sie gebilligt. Denn auf die Mitteilung der gemäß § 220 aushelfenden Kasse, daß der Versicherte in ein Krankenhaus

Digitized by Google

überführt sei, hat sie nichts erwidert, dieses Schweigen konnte aber nach der Sachlage, zumal da es sich um eine schwere Erkrankung handelte, nur als Einverständnis ausgelegt werden. Demnach hat die Kasse der aushelfenden die vollen Krankenhauskosten zu erstatten. (Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 3b zu § 222.)

Die Gemeindekrankenversicherung des KVG. ist eine Reichsversicherung im Sinne des § 195 RVO.

11. Nach Bth. Antwort: In die durch § 195 RVO. für die Gewährung von Wochengeld vorgeschriebene Wartezeit ist die Versicherung auf Grund der Reichsversicherung auch insoweit einzurechnen, als sie in die Zeit vor 1914 fällt, sofern nur die Niederkunft nach 1913 eingetreten ist; denn diese bildet das für den Anspruch maßgebende Ereignis. Infolgedessen ist auch die Versicherung bei einer Gemeindekrankenversicherung zu berücksichtigen; denn diese beruhte auf dem KVG., einem Reichsgesetz, war also gleichfalls Reichsversicherung.

Anspruch auf Krankengeld besteht nur, wenn die Krankheit die Ursache der Arbeitsunfähigkeit ist.

12. Nach Wernigerode. Antwort: Es ist streitig, ob ein Arbeitsunfähiger, der sich freiwillig weiterversichert, im Falle einer Erkrankung, die an sich Arbeitsunfähigkeit bedingen würde, Krankengeld zu beanspruchen hat. Wir verneinen es, weil in solchen Fällen die Ursache der Arbeitsunfähigkeit nicht die Krankheit ist. (Vgl. Arb.-Vers. 1914 S. 367 Ziff. 5.)

Berechnung des Krankengeldes für Arbeiter, die auch Sonntags arbeiten.

13. Nach H.-Pf. Antwort: Beträgt das Krankengeld die Hälfte des für die in Frage kommende Lohnklasse auf 3,00 M. festgesetzten Grundlohnes, also 1,50 M., so hat ein Dienstbote, für den auch Sonntag Arbeitstag ist, für eine Woche $7 \times 1{,}50 = 10{,}50$ M. Krankengeld zu beanspruchen. Es ist unrichtig zu folgern: ein Arbeiter, der Sonntags nicht arbeite, bekomme für die Woche nur $6 \times 1{,}50$ M. = 9 M.; folglich habe der Dienstbote für jeden Tag nur zu beanspruchen $^7/_9$ M. = 1,28 M., so daß er für die ganze Woche ebenfalls nur 9 M. erhalte. Für jeden Arbeitstag ist vielmehr 1,50 M. Krankengeld zu gewähren.

Familienhilfe ohne zahnärztliche Behandlung statthaft.

14. Nach Gr. Antwort: Da die Familienhilfe nicht gesetzlich vorgeschrieben ist, sondern nur durch die Satzung zugebilligt werden kann, so kann diese sie auch zweifellos in beschränktem Umfange zubilligen. Es kann daher die zahnärztliche und zahntechnische Behandlung ausgeschlossen werden.

Es besteht keine Vorschrift, daß bei der Einladung zur Sitzung des Kassenvorstandes die Beratungsgegenstände angegeben werden.

15. Nach Marburg. Antwort: Weder das Gesetz noch die Kassensatzung schreibt vor, daß bei der Einladung zur Vorstandssitzung die Tagesordnung angegeben werden müsse; und daraus, daß die Satzung für Ausschußsitzungen die vorherige Angabe der Verhandlungsgegenstände ausdrücklich verordnet, ist zu schließen, daß Entsprechendes für Vorstandssitzungen nicht gilt. Der Unterschied ist auch innerlich gerechtfertigt. Denn die laufende Verwaltung, welche Sache des Vorstandes ist, kann täglich und stündlich Angelegenheiten zeitigen, deren Erledigung in sachwidriger Weise verzögert werden würde, wenn sie nicht ohne vorherige Bekanntgabe in der Vorstandssitzung erledigt werden dürften.

Krankenversicherungspflicht der Frau eines Gefangenenaufsehers.

16. Nach Bl. Antwort: Wir halten die Entscheidung für richtig. Aus der Sachdarstellung ergibt sich, daß der Staat, als Arbeitgeber des Gefangenenaufsehers, auf die Mitwirkung der Ehefrau rechnet, der bestimmte Aufgaben zugewiesen sind: Bereitung der Kost für die Gefangenen, Reinigung der Räume, Besorgung der Wäsche, Teilnahme an der Untersuchung weiblicher Gefangenen. Das sind Aufgaben, deren Erledigung durch den Aufseher selbst nicht erwartet werden kann. Es ist daher anzunehmen, daß die Mitwirkung der Frau dem Willen der Beteiligten entspricht und daß sie folglich in einem mittelbaren Beschäftigungsverhältnisse zum Staate steht; den Entgelt für ihre Dienste erhält sie gleichfalls mittelbar in einem entsprechenden Anteil an der ihrem Manne ausgesetzten Vergütung. Die Versicherungspflicht derartiger Verhältnisse ist vielfach anerkannt (vgl. Anleitung des RVA. v. 26. April 1912 Ziff. 14 und 23b). Ueber die Ermittlung des als Lohnanteil der Frau anzusehenden Betrages verweisen wir beispielsweise auf Arb.-Vers. 1911 S. 800. Daß der Aufseher selbst auf Grund des § 169 RVO. versicherungsfrei ist, ist für die versicherungsrechtliche Beurteilung des Arbeitsverhältnisses der Frau ohne Bedeutung.

Hausgeld für die Ehefrau, obgleich sie selbst Mitglied der Kasse ist.

17. Nach Bergneustadt. Antwort: Wenn die Voraussetzungen des § 22 der Satzung (§ 185 RVO.) gegeben sind, so ist im Falle der Krankenhauspflege des Mannes Hausgeld für die Frau, als alleinige Angehörige, auch dann zu gewähren, wenn die Frau selbst bei der Kasse versichert ist. Denn dies schließt doch nicht aus, daß ihr Unterhalt überwiegend aus dem Arbeitsverdienste des Mannes bestritten worden sein kann; z. B. wenn ihr eigener Verdienst bei weitem nicht für den Lebensbedarf ausreicht, oder wenn sie ohne eigenen Arbeitsverdienst nur freiwilliges Mitglied der Kasse ist.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Dippe; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe; Geh. Regierungsrat Professor Dr. Laß, Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Rat Dr. Olshausen; Geheimrat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. A. Weymann; Geh. Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1074 der ganzen Folge

21. Jahrgang | 21. August 1914 | Heft 24

Die Sozialversicherung und der Krieg.

Vom Geheimen Justizrat Hahn in Zehlendorf (Berlin).

Im ersten Heft des laufenden Jahrgangs S. 24 hat die Arb.-Vers. kurz über einen Vortrag berichtet, den Privatdozent Dr. Kaskel über „Sozialversicherung und Krieg" am 13. Dezember 1913 im Deutschen Verein für Versicherungswissenschaft gehalten hat. Der Vortrag ist in dem vom Verein herausgegebenen Heft 26 der Veröffentlichungen des Vereins „Versicherung und Krieg" S. 118 ff. enthalten. Niemand ahnte wohl damals, daß die erörterten Fragen so bald unmittelbare praktische Bedeutung gewinnen würden, und es konnte in dem Berichte bei der Besprechung einer einzelnen Streitfrage, der Hoffnung Ausdruck gegeben werden, daß uns die Probe auf das Exempel erspart bleiben möge. Nun aber ist für unsere gesamte, in langer Friedenszeit geschaffene und auf friedliche Entwicklung abgestellte Sozialgesetzgebung plötzlich, infolge feindlichen Ueberfalls, eine Zeit schwerer Prüfung hereingebrochen. Es ist zu hoffen, daß der Bau der Sozialversicherung sich als hinreichend fest gegründet erweisen wird, die Feuerprobe zu überstehen. Immerhin ist es als notwendig erschienen, einige Hilfs- und Stützkonstruktionen einzufügen. Der Reichstag hat am 4. August, neben anderen durch den Kriegsausbruch veranlaßten Notgesetzen, auch drei unmittelbar die Arbeiterversicherung betreffenden Gesetze verabschiedet, die in dem noch an demselben Tage ausgegebenen Reichsgesetzblatt (Nr. 53) bekannt gemacht und sofort in Kraft getreten sind. Sie sind hier weiter unten vollständig mitgeteilt im Anschluß an den Auszug aus einem anderen Gesetze von allgemeiner Bedeutung.

Im folgenden sollen einige für die Praxis besonders wichtige Fragen, die sich aus dem Kriegszustande ergeben, kurz erörtert werden.

1. Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung. Sie werden durch die Tatsache des Kriegsausbruchs an sich nicht berührt, aber in vielen Fällen wird der Krieg die Ursache für den Fortfall der Voraussetzungen sein und somit die Versicherungspflicht oder die Versicherungsberechtigung aufheben. So insbesondere für die zum Heeresdienst Eingezogenen, *wenn* infolge ihrer Einziehung das Beschäftigungsverhältnis endet. Daß Personen des Soldatenstandes versicherungsfrei sind, bezieht sich nur auf militärdienstliche Beschäftigung solcher Art, die außerhalb des Militärdienstes versicherungspflichtig machen würde, schließt aber nicht aus, daß eine Militärperson wegen eines anderen Beschäftigungsverhältnisses versicherungspflichtig sein kann. Die Versicherungspflicht auf Grund eines solchen Verhältnisses dauert auch während des Kriegsdienstes fort, wenn das Beschäftigungsverhältnis aufrecht erhalten wird, wenn also der Arbeitgeber, um sich die Dienste des eingezogenen Arbeiters oder Angestellten für die spätere Zeit zu sichern, mit ihm die Fortdauer des Arbeitsvertrages und die Fortzahlung des Gehalts auch wäh-

Digitized by Google

rend des Feldzuges vereinbart (vgl. besonders bayr. VGH. bei Reger 32, S. 473). Daß in der Zwischenzeit die tatsächliche Verfügung des Arbeitgebers über die Arbeitskraft ruht, ist ohne Bedeutung gegenüber dem Umstande, daß er sich durch Uebereinkommen mit dem Angestellten seine Verfügungsmacht über diese Zeit hinaus wahrt (vgl. besonders Rosin, Recht der Arbeiterversicherung I S. 174, 177). Steht jemand beim Heere im Dienst inländischer Unternehmer oder im Dienste der deutschen Militärverwaltung, so wird seine Tätigkeit auch im Feindesland, als eine bloße Fortsetzung oder Ausstrahlung der inländischen Betriebstätigkeit, beim Vorliegen der übrigen Voraussetzungen versicherungspflichtig oder auch, je nach Umständen, versicherungsberechtigt sein (vgl. Anleitung des RVA. v. 26. April 1912 Ziff. 3. Kaskel a. a. O. S. 120). Wenn umgekehrt ein fremdes Heer die Reichsgrenze überschreitet und im Inlande (deutsche oder ausländische) Arbeiter unter solchen Umständen beschäftigt, daß an sich Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung begründet sein würde, so kann doch in solchem Falle von der Anwendung unserer Versicherungsgesetze nicht die Rede sein, da ihre Wohltaten den Teilnehmern an der nationalen Arbeit zugedacht sind und nicht einer Tätigkeit zukommen dürfen, die sich gegen die Lebensinteressen der Nation richtet (vgl. Kaskel a. a. O.). — Der besondere Fall der freiwilligen Weiterversicherung bei der Krankenkasse nach § 313 RVO. ist unten unter 5 II behandelt.

2. **Die Beitragspflicht** sowohl der Versicherungspflichtigen als auch der Versicherungsberechtigten wird gleichfalls durch den Kriegszustand an sich nicht berührt. Den zur Erfüllung der Wehrpflicht in Krieg oder Frieden Eingezogenen kommen aber bei der Invalidenversicherung die §§ 1281, 1393 RVO. und ähnlich bei der Angestelltenversicherung der § 51 AVG. zustatten. Nach § 1280 erlischt die Anwartschaft, wenn während zweier Jahre seit Ausstellung der Quittungskarte weniger als 20 Wochenbeiträge auf Grund der Versicherungspflicht oder der Weiterversicherung entrichtet sind. Als Wochenbeiträge zählen nach § 1281 Ziff. 1 auch Militärdienstzeiten, und die Wochen, in denen der Versicherte zur Erfüllung der Wehrpflicht eingezogen oder als Freiwilliger in Kriegszeiten eingetreten war, werden nach näherer Vorschrift des § 1383 auch bei der Berechnung der Rente mitgerechnet. Hier erhebt sich die Frage, ob das auch zugunsten solcher Versicherter gilt, die bei einem nichtdeutschen Heere Dienst tun. Daß dies nicht gelten kann im Falle des Kriegsdienstes bei einer feindlichen Macht, bedarf als selbstverständlich keiner Erörterung. Wie aber steht es beim Dienst im Heer einer neutralen oder gar beim Kriegsdienst im Heer einer dem deutschen Reiche verbündeten Macht? Die Frage ist von großer praktischer Bedeutung für die zahlreichen im deutschen Reich erwerbstätigen und versicherten österreichischen Arbeiter und Angestellten, die jetzt zu den Fahnen ihres heimatlichen Heeres einberufen worden sind. Leider muß die Frage zu ihren Ungunsten beantwortet werden — abweichend von der früher hier im Jahrg. 1893 S. 555, 669 vertretenen Auffassung und in Uebereinstimmung mit Rosin Bd. II S. 383, mit dem Bescheide des RVA. 1120 Amtl. Nachr. 1904 S. 362 und mit Kaskel a. a. O. Die Gründe für und wieder sind von Kaskel ausführlich erörtert. Er erachtet das, was auf Grund des früheren Rechts von anderer Seite vorgebracht ist, nach der RVO nicht mehr für zutreffend und stützt seine im Ergebnis übereinstimmende Ansicht auf seine grundsätzliche Auffassung der Sozialversicherung. Sie beruhe auf der Anerkennung einer Entschädigungspflicht in gewissen Fällen gegenüber denjenigen, die eine dem Staate dienliche berufliche Tätigkeit ausüben. Eine dem Staate nicht förderliche oder gar schädliche Tätigkeit könne nicht Grundlage jener Entschädigungspflicht sein. Folglich (!) könne nur der Dienst im deutschen Heer als Ersatztatsache angerechnet werden. Ein offenbarer Fehlschluß! Dieses „folglich" wäre doch nur richtig, wenn der Heeresdienst jene dem Staate dienliche Tätigkeit

Digitized by Google

wäre, um derentwillen das Versicherungsverhältnis und die Entschädigungspflicht anerkannt wird; daß die Ersatztatsache eine dem Staate dienliche sein müsse, ergibt sich jedenfalls aus der Kaskelschen Prämisse nicht. Das Gesetz aber erkennt als Ersatztatsachen vielmehr gewisse Behinderungen in Ausübung der Berufstätigkeit an: Heeresdienst und Krankheit (§§ 1281, 1393) und es stellt einschränkende Voraussetzungen nur hinsichtlich der letzteren auf (§ 1394). Das schließt indessen eine Einschränkung, die sich aus dem gewöhnlichen gesetzlichen Sprachgebrauch ergibt, auch bei der ersteren selbstverständlich nicht aus. Und ich meine: wenn deutsche Gesetze die Verhältnisse der Militärpersonen, des Heeres oder der Marine regeln, so handelt es sich selbstverständlich immer nur um das deutsche Heer oder die deutsche Marine. Daß z. B. eine Militärperson ihren Wohnsitz am Garnisonort hat (§ 9 BGB.), bezieht sich selbstverständlich nur auf Angehörige des deutschen Heeres, und niemand wird die Strafvorschriften der §§ 140, 329 StrGB. auf fremde Heere beziehen wollen, auch nicht auf verbündete Heere; wo das Gesetz auf eine solche Erweiterung abzielt, wird dies deutlich ausgedrückt, wie z. B. in § 90 Ziff. 3 StrGB., wo ausdrücklich von Soldaten des deutschen oder verbündeten Heeres die Rede ist, oder in § 15 BGB., wo man absichtlich die Fassung „Angehöriger einer bewaffneten Macht" gewählt hat, um die Vorschrift — abweichend von § 7 des Entwurfs — auch auf das nichtdeutsche Heer zu erstrecken. Deshalb also werden die §§ 1281, 1393 RVO. nicht anwendbar sein zugunsten jener jetzt zu den Fahnen einberufenen österreichischen Wehrpflichtigen. Das ist hart, und es wird sich fragen, ob ihnen nicht im Wege der Gesetzgebung zu Hilfe zu kommen sein wird.

3. **Versicherungsleistungen.** Ein bereits begründeter Anspruch auf Versicherungsleistungen wird durch den Ausbruch des Krieges und durch den Eintritt in den Militärdienst an sich nicht berührt. Kaskel meint, daß Rentenbezüge, z. B. die Unfallrente, die ein Versicherter etwa wegen Verlustes eines Fingers oder selbst eines Auges beziehe, zu ruhen haben, solange er Kriegsdienste leiste; denn er sei in diesem Falle „in seinen wirtschaftlichen Daseinsbedingungen nicht beeinträchtigt." Das ist aber doch nach dem Gesetze nicht Voraussetzung des Anspruchs auf Unfallrente, der vielmehr nur — völlige oder teilweise — Erwerbsunfähigkeit voraussetzt. Die Rente ist also weiter zu gewähren. Ebenso erzeugt ein nach dem Ausbruch des Krieges und dem Eintritt in den Kriegsdienst eingetretener Versicherungsfall, wenn im übrigen die gesetzlichen Voraussetzungen gegeben sind, den Anspruch auf die Versicherungsleistungen wie sonst. Auch wer infolge des Eintritts in den Kriegsdienst erwerbslos aus der Krankenkasse ausscheidet, behält, wenn die übrigen Voraussetzungen des § 214 RVO. gegeben sind, noch für drei Wochen Anspruch auf die Kassenleistungen*), also im Falle der Erkrankung auf Krankenpflege und Krankengeld. Die Leistungen der Versicherungsträger an Krankenpflege werden sich freilich erledigen, wenn der Versicherte diese Leistungen von der Militärverwaltung erhält. Der Fall kann aber auch anders liegen, z. B. wenn der Angestellte eines deutschen Armeelieferanten im Feindeslande erkrankt. Hier hat der Unternehmer eine vorläufige Fürsorgepflicht nach § 221 RVO. Er hat für Krankenpflege und Krankengeld oder für Krankenhauspflege aufzukommen und hat nach § 222 einen Erstattungsanspruch gegen die zuständige Kasse. Die Heeresverwaltung dagegen kann für ihre Leistungen an Krankenpflege Ersatz von der Kasse nicht beanspruchen, da es an einer Vorschrift, die einen solchen Anspruch stützen könnte, fehlt (vergleiche besonders §§ 1527 ff.). Umgekehrt fehlt es auch an einem Rechtsgrunde, aus dem der Versicherungsträger wegen seiner Leistungen den Anspruch des Versicherten gegen den Militärfiskus auf Invalidenpension für sich geltend machen könnte; der § 1542 RVO. trifft in

*) Die Meinung, daß Einziehung zum Kriegsdienst nicht erwerbslos mache, widerstreitet nicht nur der Rechtsprechung (Arb.-Vers. 1908 S. 614, 1913 S. 299), sondern auch deutscher Auffassung, daß ein Kriegshandwerk, das seinen Mann nährt, nicht mehr kennt.

Digitized by Google

solchem Falle nicht zu (vgl. Entsch. des preuß. OVG. 20 S. 377).

Soweit Ansprüche auf Leistungen von dem Tode des Versicherten abhängen — Sterbegeld, Hinterbliebenenrenten — wird im Kriege die Verschollenheit eine Rolle spielen. Grundsätzlich ist der Tod nachzuweisen. Wer aber verschollen ist, kann nach §§ 13 bis 17 BGB. im Wege des Aufgebotverfahrens für tot erklärt werden. Das richterliche Urteil begründet dann die Vermutung, daß der Verschollene in dem vom Gerichte festgestellten Zeitpunkte gestorben sei (§§ 18 bis 20 BGB). Der Regel nach wird eine mindestens zehnjährige Verschollenheit vorausgesetzt. Für die Kriegs- und für die See-Verschollenheit enthalten allerdings die §§ 15, 16 besondere, leichtere Voraussetzungen; aber die vorgeschriebenen Fristen und die Vorschriften über das Verfahren zum Zwecke der Todeserklärung (§§ 946 ff., 960 ff. ZPO.) sind auch in diesen besonderen Fällen noch allzu umständlich und langwierig, wenn es sich, wie zumeist bei den Versicherungsleistungen an Hinterbliebene, um die Befriedigung dringenden Lebensbedarfs handelt. Deshalb hatten für den Fall der See-Verschollenheit schon die älteren See-Unfallversicherungsgesetze von dem Erfordernisse der Todeserklärung abgesehen und den Anspruch der Hinterbliebenen auf Rente einfach an den Nachweis einer einjährigen Verschollenheit geknüpft in der Art, daß, wenn dieser Nachweis erbracht ist, die Rente ohne weiteres festzustellen ist. Diese Regelung hat die RVO. in den §§ 1099, 1100 übernommen; sie gilt nur für die Hinterbliebenenrente, nicht auch für den Anspruch auf das Sterbegeld (vgl. § 1096 Abs. 1 Ziff. 2). Ferner aber hat die RVO. ähnliche Vorschriften auch bei der neuen Hinterbliebenenversicherung aufgenommen (§§ 1265, 1266), und diesem Beispiele ist man auch bei der Angestelltenversicherung gefolgt (§§ 33, 34, 72 AVG.). Eine Todeserklärung nach den Vorschriften des bürgerlichen Rechts wird also im Gebiete der Sozialversicheruug nur in Frage kommen zur Begründung von Ansprüchen auf Sterbegeld oder Hinterbliebenenrenten bei der Unfallversicherung mit Ausnahme der See-Unfallversicherung*), ferner bei Ansprüchen auf Sterbegeld auf Grund der Krankenversicherung, endlich bei Ansprüchen der Erben des Versicherten auf irgendwelche Leistungsrückstände aus seiner Lebenszeit. Für die Hinterbliebenen der Kriegsteilnehmer werden aber jene Vorschriften insofern nur von beschränkter Bedeutung sein, „als erfahrungsmäßig das Bedürfnis dazu drängt, daß nach jedem Kriege besondere Gesetze erlassen werden, durch welche das Verfahren und der Zeitpunkt des Todes in einer den besonderen Verhältnissen entsprechenden Weise geordnet wird" (Mot. zum BGB. I S. 39). Es ist außerdem hervorzuheben, daß es der Todeserklärung selbstverständlich dann nicht bedarf, wenn die Tatsache des Todes so gewiß festgestellt wird, daß auf Grund amtlicher Ermittlungen die Beurkundung des wirklichen Todes erfolgt (das. S. 38), wie dies bei den im Kriege Gefallenen zumeist der Fall sein wird. Hinsichtlich des Sterbegeldes sei schließlich noch bemerkt, daß der Anspruch darauf weder bei der Krankenversicherung noch bei der Unfallversicherung davon abhängt, daß eine Beerdigung stattgefunden hat (§§ 203, 586 Ziff. 1 RVO.; vgl. Begr. zum GUVG. v. 1900 S. 57; anders nur bei der See-Unfallversicherung nach § 1096 Abs. 1 Ziff. 2 RVO). Bei den im Kriege erweislich Gefallenen wird, wie bei den Verschollenen, regelmäßig Erstattung von Begräbniskosten nach § 203 Satz 1 RVO. nicht in Frage kommen, so daß der volle Betrag den das. in Satz 2 bezeichneten Hinterbliebenen zu zahlen sein wird.

4. Verwaltung. Vielfach verursacht der Krieg in einer für die ordnungsmäßige Fortführung der Geschäfte bei den Versicherungsträgern recht empfindlichen Weise Lücken in den Reihen der Angestellten und der Organmitglieder.

*) Man ist davon ausgegangen, daß, abgesehen von der Seeunfallversicherung, sich besondere Vorschriften über die Ansprüche der Hinterbliebenen von Verschollenen erübrigen, „weil sich im allgemeinen der Tod nicht als Folge eines Betriebsunfalls nachweisen läßt, wenn keine sichere Kunde davon vorliegt" (Begr. zu § 1250 Entw. der RVO. S. 401).

Digitized by Google

Für die Angestellten, die zum Kriegsdienst einberufen sind, müssen die Versicherungsträger zumeist mit großen Kosten Vertretung oder Ersatz beschaffen. Die Frage, ob sie daneben noch jenen Angestellten ihre Bezüge weiter zu gewähren haben, ist in erster Reihe nach der Dienstordnung und dem Vertrage zu entscheiden. Soweit sich daraus nichts ergibt, kommt § 616 BGB. in Betracht, wonach der Angestellte des Anspruchs auf die Vergütung nicht dadurch verlustig wird, daß er „für eine verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit" durch einen in seiner Person liegenden Grund ohne sein Verschulden an der Dienstleistung verhindert wird. Ob das zutrifft, ist im Einzelfalle nach der Gesamtheit der besonderen Umstände zu beurteilen. Einstweilen läßt sich, da die Dauer der Behinderung noch ganz unbestimmt ist, hierüber noch nicht abschließend urteilen. Der Umstand, daß und in welchem Maße Vertretungskosten entstanden sind, wird mit zu berücksichtigen sein, wenn es sich darum handelt, ob die Zeit der Behinderung eine „nicht erhebliche" war. Bei langfristigen Anstellungsverträgen wird auch die Frage auftauchen, ob die Einziehung zum Kriegsdienst einen „wichtigen Grund" zur fristlosen Kündigung nach § 626 BGB. abgibt. Im § 72 des HGB. ist unter Ziff. 3 eine acht Wochen übersteigende militärische Dienstleistung als ein solcher Grund bezeichnet; aber abgesehen davon, daß diese Vorschrift nur für Handlungsgehilfen gilt, ist sie auch für diese nur gegeben, „sofern nicht besondere Umstände eine andere Beurteilung rechtfertigen." Die Würdigung aller besonderen Umstände des Falles ist auch bei Anwendung des § 626 BGB. geboten, und es wird dabei zugunsten des Angestellten zu berücksichtigen sein, daß in Kriegszeiten, die von allen große Opfer fordern, auch den Versicherungsträgern zugemutet werden darf, den Vertrag noch auszuhalten, wenn der Angestellte länger als acht Wochen an der Dienstleistung behindert wird.

Hinsichtlich der Organmitglieder sind namentlich bei den Krankenkassen Zweifel aufgetaucht, in welcher Weise für die zum Kriegsdienst Einberufenen Ersatz zu schaffen sei. Es ist dabei zu unterscheiden, ob der Einberufene seine Eigenschaft als Arbeitgeber bzw. Versicherter und somit seine Wählbarkeit verliert oder nicht. Verliert er sie, so ist er nach § 24 RVO. seines Amtes zu entheben und es ist für den Rest seiner Wahlzeit ein Ersatzmann einzuberufen (vgl. § 79 Abs. 9 der Musterfatzung und § 19 der Musterwahlordg. f. OKK.). Ein Arbeitgeber wird diese seine Eigenschaft durch die Einziehung zum Kriegsdienst nur verlieren, wenn der Betrieb für seine Rechnung nicht fortgeführt oder doch jedenfalls ein Versicherungspflichtiger im Betriebe nicht beschäftigt wird. Unter welchen Voraussetzungen ein Versicherter durch Eintritt in den Kriegsdienst aus der Kasse ausscheidet, also die Wählbarkeit verliert, ist oben unter 1 und im folgenden unter 5 II erörtert. Zu beachten ist dabei noch, daß bei Betriebskrankenkassen die Wählbarkeit der aus der Versicherungspflicht Ausscheidenden trotz freiwilliger Weiterversicherung erlischt. (§ 340). In allen Fällen aber, in denen ein Organmitglied infolge des Eintritts in den Kriegsdienst seine Wählbarkeit als Arbeitgeber bzw. Versicherter nicht verliert, liegt nur eine Behinderung in der Amtsausübung vor, so daß der Ersatzmann nicht für den Rest der Wahlzeit, sondern nur als Stellvertreter für die Dauer der Behinderung einzutreten hat (vgl. § 79 Abs. 9 der Musterf.), also weichen muß, sobald der Einberufene zurückkehrt.

5. Die Notgesetze aus Anlaß des Krieges.

I. Auszug aus dem Gesetz, betreffend den Schutz der infolge des Krieges an Wahrnehmung ihrer Rechte behinderten Personen.

Vom 4. August 1914 (RGBl. S. 328).

§ 1. Für den gegenwärtigen Kriegszustand gelten die in den §§ 2 bis 10 enthaltenen Vorschriften.

§ 2. (Abs. 1). In bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten, welche bei den ordentlichen Gerichten anhängig sind oder anhängig werden, wird das Verfahren unterbrochen:

1. wenn eine Partei vermöge ihres Dienstverhältnisses, Amtes oder Berufs zu den mobilen oder gegen den Feind verwendeten Teilen der Land- oder Seemacht oder zu der Besatzung einer armierten oder in der Armierung begriffenen Festung gehört;
2. wenn eine Partei dienstlich aus Anlaß der

Digitized by Google

Kriegsführung des Reichs sich im Ausland aufhält;

3. wenn eine Partei als Kriegsgefangener oder Geisel sich in der Gewalt des Feindes befindet....

§ 5. Die Zwangsvollstreckung gegen die im § 2 bezeichneten Personen wegen privatrechtlicher und öffentlich-rechtlicher Geldforderungen unterliegt folgenden Beschränkungen:

1. Die Versteigerung und die anderweite Verwertung beweglicher körperlicher Sachen ist unzulässig. Die Vollstreckungsbehörde kann jedoch auf Antrag oder von Amts wegen anordnen, daß eine verbrauchbare Sache oder eine Sache, die der Gefahr einer beträchtlichen Wertsverringerung ausgesetzt ist oder deren Aufbewahrung unverhältnismäßige Kosten verursachen würde, versteigert und der Erlös hinterlegt oder zur Befriedigung des Gläubigers an diesen abgeführt werde. Die Ablieferung von gepfändetem Gelde an den Gläubiger wird hierdurch nicht ausgeschlossen.
2. Die Versteigerung von Gegenständen, welche der Zwangsvollstreckung in das unbewegliche Vermögen unterliegen, ist unzulässig.

Die vorstehenden Bestimmungen finden auch Anwendung auf Zwangsvollstreckungen in das Vermögen der Ehefrauen und Kinder der im § 2 bezeichneten Personen, insoweit die Zwangsvollstreckung die Vermögensrechte berührt, die dem Ehemann auf Grund des ehelichen Güterrechts oder die den Eltern auf Grund der elterlichen Gewalt zustehen.

§ 6 (Abs. 1 und 2). Die Eröffnung des Konkursverfahrens über das Vermögen der im § 2 bezeichneten Personen ist nur auf deren Antrag zulässig.

Ist das Konkursverfahren über das Vermögen einer solchen Person eröffnet, so kann das Konkursgericht auf den Antrag des Gemeinschuldners die Aussetzung des Verfahrens anordnen.

§ 8. Die Verjährung ist gehemmt zugunsten der im § 2 bezeichneten Personen und ihrer Gegner bis zur Beendigung des Kriegszustandes oder des nach § 2 maßgebenden Verhältnisses.

Das Gleiche gilt von den gesetzlich für die Beschreitung des Rechtswegs vorgeschriebenen Ausschlußfristen sowie von den Fristen, auf welche die Vorschriften des § 203 BGB. ganz oder teilweise Anwendung finden.

§ 11. Der Zeitpunkt, mit welchem der Kriegszustand als beendet anzusehen ist, wird durch Kaiserliche Verordnung bestimmt.

Dieses Gesetz betrifft überwiegend privatrechliche und zivilprozessuale Verhältnisse, enthält aber doch auch Vorschriften von allgemeiner Bedeutung und berührt auch Rechtsverhältnisse auf Grund der Sozialversicherung.

Der § 2 umschreibt den weiterhin mehrfach durch Verweisung auf § 2 bezeichneten Kreis von Personen, die im folgenden der Kürze halber „Kriegsteilnehmer" genannt werden mögen. Die Vorschrift enthält eine Ergänzung des § 247 ZPO., wonach das Prozeßgericht die Aussetzung des Verfahrens anordnen kann, wenn eine Partei sich zu Kriegszeiten im Militärdienste befindet oder sich an einem Ort aufhält, welcher durch Krieg vom Verkehr mit dem Prozeßgericht abgeschnitten ist. Dies ist schon deshalb kein zureichender Schutz, weil die Möglichkeit vorliegt, daß das Gericht von der Einberufung der Partei zum Kriegsdienst keine Kenntnis erhält und daß aus diesem Grunde die Aussetzung des Verfahrens unterbleibt. Eine ausreichende Sicherheit bietet nur die Unterbrechung des Verfahrens kraft Gesetzes, wie sie im Jahre 1870 durch Ges. v. 21. Juli 1870 (Bundesges. Bl. S. 403) angeordnet wurde (Begr. S. 5). Im Abs. 2 des § 2 ist die Vorschrift des Abs. 1 auch auf Rechtsstreitigkeiten vor den Gewerbe- und Kaufmannsgerichten für anwendbar erklärt. Von dem Verfahren vor den Versicherungsbehörden ist nicht die Rede. Gleichwohl wird sowohl § 247 ZPO. als auch § 2 des vorliegenden Gesetzes auch im Versicherungsprozeßverfahren entsprechend anzuwenden sein. Das RVA. hat ja in langjähriger Uebung das Verfahren vor den Versicherungsinstanzen vielfach in Anlehnung an Vorschriften des Zivilprozesses näher ausgestaltet, so besonders auch hinsichtlich der Unterbrechung des Verfahrens (vgl. Handb. der Unf. Vers. II S. 597), und die hierauf bezüglichen Vorschriften des § 239 Abs. 1, 2 und der §§ 241, 249 ZPO. sind in den Verordnungen über das Verfahren vor den Versicherungsämtern (§ 29) und vor den Oberversicherungsämtern (§ 21) ausdrücklich als entsprechend geltend bezeichnet. Dadurch ist eine Fortbildung des Versicherungsprozeßrechts durch entsprechende Anwendung noch anderer Vorschriften selbstverständlich nicht ausgeschlossen, und es würde mit dem Wesen den Zwecken des Sozialrechtes un-

Digitized by Google

vereinbar sein, wenn man den Kriegsteilnehmern hier den notwendigen Schutz versagte, den ihnen für bürgerliche Streitigkeiten der § 247 ZPO. und der § 2 des vorliegenden Gesetzes zusichern (vgl. auch Laß, Unfallprozeßr. S. 167, 168, 173).

Die im § 5 enthaltenen Beschränkungen der Zwangsvollstreckung gegen Kriegsteilnehmer gelten insbesondere auch für die Zwangsbeitreibung von Beiträgen, Geldstrafen oder sonstigen Leistungen der Versicherten und ihrer Arbeitgeber an die Versicherungsträger; werden solche Leistungen von Ehefrauen oder Kindern geschuldet, so ist auch gegen sie die Beitreibung nur mit jenen Beschränkungen zulässig, wenn sonst die Rechte beeinträchtigt würden, die dem Kriegsteilnehmer am Vermögen der Frau oder des Kindes nach dem ehelichen Güterrecht kraft Gesetzes oder Vertrages (§§ 1363 ff., 1432 ff. BGB.) oder auf Grund der elterlichen Gewalt (§§ 1627 ff., 1638, 1649 ff.) zustehen. Diese Rechte sind auf jede Anregung zu berücksichtigen, „auch wenn die Geltendmachung seitens eines nicht legitimierten Vertreters und nicht in der sonst gesetzlich vorgeschriebenen Form erfolgt." (Begr. S. 11).

Der § 8 über Hemmung der Verjährung gilt auch für Ansprüche auf Grund der Sozialversicherung gegenüber Kriegsteilnehmern als Gläubigern oder Schuldnern (zu vgl. besonders §§ 29, 223, 907 RVO., §§ 209, 228, 398 AVG.). Da weder die RVO. noch das AVG. besondere Vorschriften über die Hemmung der Verjährung enthält, sind die allgemeinen Vorschriften des BGB. anzuwenden. Nach § 203 BGB. ist, solange der Berechtigte durch Stillstand der Rechtspflege oder in anderer Weise durch höhere Gewalt an der Rechtsverfolgung seines Anspruchs verhindert ist, die Verjährung gehemmt, d. h. der Zeitraum, während dessen das Hindernis dauert, wird in die Verjährungsfrist nicht eingerechnet (§ 205 BGB.). Als ein solches Hindernis gelten nach § 8 des vorliegenden Gesetzes auch die im § 2 bezeichneten Umstände, und zwar nicht nur zugunsten der Kriegsteilnehmer, insofern die Verjährung eines ihnen zustehenden Anspruchs aufgehalten wird, sondern auch zugunsten ihrer „Gegner", also z. B. der Versicherungsträger, die durch die im § 2 bezeichneten Umstände (in Verbindung mit §§ 5, 6) an der wirksamen Verfolgung ihrer Ansprüche gegen Kriegsteilnehmer gehindert sind. Die Hemmung tritt nach § 9 auch ein bei einem Anspruch gegen eine nicht prozeßfähige Person, deren gesetzlicher Vertreter zu den im § 2 bezeichneten Personen gehört. Die Hemmung dauert bis zur Beendigung des Kriegszustandes (der Zeitpunkt wird nach § 11 durch Kais. Verordnung bestimmt) „oder" des nach § 2 maßgebenden Verhältnisses, d. h. sie beginnt und endet mit dem bezeichneten Verhältnisse, dauert aber keinesfalls über die Beendigung des Kriegszustandes hinaus (Begr. zu § 8 S. 13).

Vielfach kommen auch im Sozialversicherungsrecht Fristen für die Geltendmachung von Ansprüchen vor, die sich von eigentlichen Verjährungsfristen dadurch unterscheiden, daß der Anspruch von vornherein nur mit einer zeitlichen Befristung zugelassen, also, unabhängig von einem Einwande des Gegners, schlechthin ausgeschlossen ist, sobald die Frist verstrichen ist. Auf solche Ausschlußfristen finden regelmäßig die Vorschriften über Hemmung des Fristlaufs keine Anwendung. Der § 8 Abs. 2 des vorliegenden Gesetzes verordnet aber die Anwendung des Abs. 1 auch auf die „gesetzlich für die Beschreitung des Rechtswegs vorgeschriebenen Ausschlußfristen." Nach dem Zwecke des Gesetzes wird man hier das Wort „Rechtsweg" in einem weiteren, nicht auf den „ordentlichen" Rechtsweg beschränkten Sinne zu verstehen haben. Hierher gehören z. B. auch die Fristen in §§ 1300, 1508, 1539, 1546 RVO., §§ 60, 88 AVG.

II. **Gesetz betreffend Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung.**

Vom 4. August 1914 (RGBl. S. 334).

§ 1. Dem regelmäßigen Aufenthalt im Inland im Sinne des § 313 Abs. 1 RVO. gilt gleich ein Aufenthalt im Ausland, der durch Einberufung des Mitglieds zu Kriegs-, Sanitäts- oder ähnlichem Dienste verursacht ist.

Digitized by Google

§ 2. Hat die Satzung einer Krankenkasse eine Wartezeit für Leistungen bestimmt, so ruht der Fristenlauf für alle Versicherten, die während des gegenwärtigen Krieges Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste leisten. Ist die Wartezeit bereits erfüllt, so bedarf es nicht der Zurücklegung einer neuen Wartezeit. Die Zeit, für welche die Beiträge weiter gezahlt werden, wird auf die Wartezeit angerechnet.

§ 3. Versicherungsberechtigte, deren Mitgliedschaft nach § 314 Abs. 1 RVO. erloschen ist, haben das Recht, binnen sechs Wochen nach ihrer Rückkehr in die Heimat in die Krankenversicherung wieder einzutreten, wenn sie während des gegenwärtigen Krieges Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste geleistet haben.

§ 4. Diese Vorschriften gelten nur für Reichsangehörige.

§ 5. Der Bundesrat wird ermächtigt, den Zeitpunkt zu bestimmen, zu welchem dieses Gesetz wieder außer Kraft tritt.

§ 6. Das Gesetz tritt mit seiner Verkündung in Kraft.

Der Zweck des Gesetzes ist, den zum Kriegsdienst Einberufenen Rechte und Anwartschaften aus der Krankenversicherung möglichst zu erhalten. Das Recht der Weiterversicherung steht nach § 313 RVO. den aus versicherungspflichtiger Beschäftigung Ausscheidenden nur zu, solange sie sich regelmäßig im Inlande aufhalten. Fällt diese Voraussetzung fort, so erlischt die Weiterversicherung, auch wenn das Verlassen des Inlandes ein unfreiwilliges war. Es würde daher den in Feindesland einrückenden Versicherten nichts nützen, wenn sie zur Erhaltung der Weiterversicherung für regelmäßige Weiterzahlung der Beiträge sorgten. Hier kommt ihnen § 1 zu Hilfe, indem er den Aufenthalt im Ausland aus Anlaß des Kriegsdienstes dem Aufenthalt im Inlande gleichstellt. Die Versicherung bleibt also bestehen. Aber sie erlischt, und zwar die freiwillige Selbstversicherung wie die Weiterversicherung, wie sonst, wenn nach näherer Bestimmung des § 314 RVO. zweimal der fällige Beitrag nicht entrichtet wird. Das wird der Versicherte der Regel nach nur tun können durch einen Angehörigen oder sonstigen Vertreter in der Heimat. Wird es versäumt, so muß der Versicherte zwar die Rechtsfolge des Erlöschens der Mitgliedschaft gegen sich gelten lassen, aber er kann nach seiner Heimkehr gemäß § 3 *in die Krankenversicherung wieder eintreten*. In die „Krankenversicherung", nämlich bei der Kasse, aus der er infolge Unterbleibens der Beitragszahlung ausgeschieden ist. Voraussetzung ist, daß er während des Krieges — gleichviel wie lange — Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste geleistet hat, ferner, daß er seinen Wiedereintritt binnen 6 Wochen nach der „Rückkehr in die Heimat" erklärt. Was hiermit gemeint ist, kann zweifelhaft sein. Sicher genügt nicht schon Rückkehr ins Inland, also jede Ueberschreitung der Reichsgrenze, um die Frist von sechs Wochen in Lauf zu setzen; denn diese Rückkehr kann leicht unter solchen Umständen stattfinden, daß für den Berechtigten die gehörige Wahrnehmung seiner bürgerlichen Rechte noch weiterhin und für lange Zeit wesentlich erschwert oder unmöglich ist. Die Begr. (zu § 2) spricht von dem „Wiedereintritt in die früheren Verhältnisse" und (zu § 3) von der „Rückkehr in die Heimat *oder* in ihre bisherigen Verhältnisse". Das ist recht unklar. Gemeint ist aber wohl eine Rückkehr in die *bürgerlichen* Verhältnisse. Die Rückkehr ins Inland wird also die Frist nur in Lauf setzen, wenn der Berechtigte bereits aus dem Kriegsdienst entlassen ist; geschieht dies erst nach der Rückkehr, so beginnt erst hiermit die Sechswochenfrist. Diese Frist ist eine Ausschlußfrist für die Geltendmachung des Rechts auf Wiedereintritt. Der Wiedereintritt erfolgt durch schriftliche oder mündliche Anmeldung beim Vorstand oder bei der Meldestelle und begründet sofort die Mitgliedschaft (vgl. § 310 Abs. 1 RVO.), ohne daß der Kasse die Befugnis der Zurückweisung nach Maßgabe des § 310 Abs. 2, 3 zusteht.

Eine *Wartezeit* kann nach der RVO. in zweierlei Art satzungsmäßig bestimmt sein, nämlich für freiwillig Beigetretene, sowie für unständig Beschäftigte und Hausgewerbtreibende hinsichtlich der Kassenleistungen überhaupt (§§ 207, 451, 487) und für alle Mitglieder hinsichtlich des Anspruchs auf Mehr-

Digitized by Google

leistungen (§ 208). Für diesen letzteren Fall sieht schon die RVO. vor, daß die Wartezeit durch Ausscheiden aus der Mitgliedschaft auf die Dauer von höchstens 26 Wochen unterbrochen werden kann und daß die Dauer sich für Mitglieder, die zur Erfüllung ihrer Dienstpflicht im Heer oder Marine ausscheiden, um diese Dienstzeit erhöht (§ 209). Darüber hinaus sieht § 2 des vorliegenden Gesetzes für die Kriegsteilnehmer ein Ruhen des Fristenlaufs im weiteren Umfange vor. Der § 2 bezieht sich auf beide Arten einer Wartezeit. Nach Satz 1 wird der beim Eintritt in den Kriegsdienst bereits zurückgelegte Teil der Wartezeit beim Wiedereintritt in die Kasse angerechnet. Insofern bedeutet hier das „Ruhen" des Fristenlaufs dasselbe, wie die „Unterbrechung" der Wartezeit nach § 209 RVO. Aber das Ruhen gilt nur für diejenigen, die während des gegenwärtigen Krieges Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste leisten, d. h. es dauert so lange, wie solche Dienste geleistet werden. Mit dem Austritt aus dem Kriegsdienste endet die Wirkung des § 2. Nun wird es der Regel nach ausgeschlossen sein, daß der Wiedereintritt in die Kasse sich unmittelbar an den Austritt aus dem Kriegsdienst anschließt; anderseits kann es aber nicht die Meinung des Gesetzes sein, daß der früher zurückgelegte Teil der Wartezeit anzurechnen ist, gleichviel in welcher Frist nach dem Austritt aus dem Kriegsdienst der Wiedereintritt in die Kasse erfolgt. Die in dieser Hinsicht notwendige Beschränkung der Wirkung des § 2 ergibt sich aus § 209 RVO. Tritt der aus der Kasse Ausgeschiedene nicht alsbald wieder ein, nachdem er aus dem Kriegsdienst entlassen ist, so schließt sich jetzt an das „Ruhen" der Wartezeit nach § 2 des Gesetzes die „Unterbrechung" der Wartezeit nach § 209 RVO. Sie darf höchstens 26 Wochen dauern. Bei späterem Wiedereintritt in die Kasse ist eine Anrechnung des früher zurückgelegten Teils der Wartezeit ausgeschlossen, so daß hiermit auch die Wirkung des § 2 des Gesetzes erledigt ist.

Zweifelhafter ist der Sinn des zweiten Satzes des § 2. Ist die Wartezeit beim Eintritt in den Kriegsdienst bereits erfüllt, so bedarf es beim Wiedereintritt in die Kasse nicht der Zurücklegung einer neuen Wartezeit. Aber wann muß der Wiedereintritt erfolgen? Dieser Zweifel läßt sich nicht gleichfalls unmittelbar durch Heranziehung des § 209 RVO. lösen; denn von einer Unterbrechung der Wartezeit kann nicht die Rede sein, da § 2 Satz 2 voraussetzt, daß diese Zeit bereits erfüllt ist. Wohl aber erscheint die entsprechende Anwendung des § 209 statthaft und geboten, wenn man nicht zulassen will, daß der Ausgeschiedene noch nach Jahren beim Wiedereintritt in die Kasse sich auf die früher einmal zurückgelegte Wartezeit berufen darf.

Ganz dunkel ist die Bedeutung des dritten Satzes des § 2. Er will den ausscheidenden Versicherten ermöglichen, „durch Weiterzahlung der Beiträge eine schon begonnene, aber noch nicht abgelaufene Wartezeit während des Krieges zu ergänzen" (Begr. zu § 2). Aber Beiträge werden doch nur für die Zeit der Mitgliedschaft gezahlt, und diese Zeit wird ja selbstverständlich auf die Wartezeit angerechnet. Satz 3 könnte also einen Sinn nur haben, wenn man ihn dahin verstehen könnte, daß die Weiterzahlung der Beiträge da, wo sie nicht die Fortdauer der Mitgliedschaft bewirkt, wenigstens die Folge haben soll, daß die Zeit auf die Wartezeit angerechnet wird. Das könnte z. B. zutreffen, wenn jemand beim Eintritt in den Kriegsdienst noch nicht lange genug versichert war, um sich gemäß § 313 RVO. weiterversichern zu können. Allein in solchem Falle ruht für den Kriegsteilnehmer nach Satz 1 des § 2 der Lauf der Wartezeit ohne Beitragsleistung, und nach seinem Austritt aus dem Kriegsdienst kommt ihm, wie dargelegt, noch der § 209 RVO. zustatten. Ich vermag daher schlechthin nicht zu erkennen, worauf jener Satz 3 abzielt.

III. Gesetz, betreffend Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen.

Vom 4. August 1914 (RGBl. S. 337).

§ 1. Für die Dauer des gegenwärtigen Krieges werden bei sämtlichen Orts-, Land-, Be-

Digitized by Google

triebs- und Innungskrankenkassen die Leistungen auf die Regelleistungen und die Beiträge auf 4½ vom Hundert des Grundlohns festgesetzt. Laufende Leistungen bleiben unberührt.

Das Versicherungsamt (Beschlußausschuß) kann auf Antrag des Vorstandes einer Krankenkasse verfügen, daß niedrigere Beiträge erhoben oder höhere Leistungen gewährt werden, wenn die Leistungsfähigkeit dieser Kasse gesichert ist. Das Versicherungsamt hat auf solchen Antrag alsbald zu beschließen. Auf Beschwerde entscheidet das Oberversicherungsamt endgültig.

§ 2. Reichen bei einer Kasse diese Beiträge von 4½ vom Hundert des Grundlohns für die Regelleistungen und Verwaltungskosten nicht aus, so hat bei Orts- und Landkrankenkassen der Gemeindeverband, bei Betriebskrankenkassen der Arbeitgeber, bei Innungskrankenkassen die Innung die erforderlichen Beihilfen aus eigenen Mitteln zu leisten.

Solange dies bei einer Orts- oder Landkrankenkasse geschieht, kann der Gemeindeverband einem Vertreter das Amt des Kassenvorsitzenden übertragen.

Gemeindeverbände sind die von der obersten Verwaltungsbehörde auf Grund der Reichsversicherungsordnung § 111 Ziff. 2 hierzu bestimmten Verbände.

§ 3. Für die Dauer des gegenwärtigen Krieges werden die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die hausgewerbliche Krankenversicherung außer Kraft gesetzt. Laufende Leistungen und fällige Beiträge bleiben unberührt.

Auf übereinstimmenden Antrag der beteiligten Gemeinde oder des Gemeindeverbandes und des Vorstandes der Krankenkasse kann das Oberversicherungsamt genehmigen, daß die hausgewerbliche Krankenversicherung durch statutarische Bestimmung geregelt wird. Das Oberversicherungsamt entscheidet endgültig.

§ 4. Der Bundesrat wird ermächtigt, den Zeitpunkt zu bestimmen, zu welchem dieses Gesetz wieder außer Kraft tritt.

§ 5. Dieses Gesetz tritt mit seiner Verkündung in Kraft.

Dieses Gesetz ist von besonders eingreifender Bedeutung. Es bedarf keiner Darlegung, daß und inwiefern durch den Kriegsausbruch die Beitragseinnahmen der Krankenkassen sich erheblich vermindern werden, während mit einer ganz wesentlichen Steigerung ihres Risikos und ihrer Ausgaben gerechnet werden muß. Um ihre Leistungsfähigkeit zu erhalten und, wo dies nicht möglich wäre, im Interesse der Versicherten die Deckung der Fehlbeträge zu sichern, hat man sich zu verschiedenen einschneidenden Maßnahmen entschließen müssen.

Vom 4. August ab werden in allen neu eintretenden Versicherungsfällen bei allen Krankenkassen nur die Regelleistungen gewährt. Das ist eine peinlich harte Notwendigkeit. Namentlich der Wegfall der Mehrleistungen an Wöchnerinnen und der gesamten Familienhilfe ist recht bedauerlich. Mehrleistungen nach Maßgabe der Satzung werden nur noch gewährt, soweit es sich um laufende Leistungen aus Versicherungsfällen, die schon vor dem 4. August eingetreten sind, handelt (zu vgl. § 211 RVO). Gleichfalls vom 4. August ab betragen die Beiträge überall 4½% des Grundlohns, ohne Rücksicht auf die in der Satzung getroffene Festsetzung. Zweifelhaft kann sein, ob der Zusatz in Abs. 1 des § 1, daß laufende Leistungen unberührt bleiben, auch auf die Beitragsleistungen zu beziehen ist. Der unmittelbare Anschluß des Satzes an den ersten Satz, der von den Kassenleistungen und den Beiträgen spricht für die Bejahung der Frage. Auch im Interesse der Ordnung der Kassen- und Rechnungsführung könnte es sachgemäß erscheinen, wenn das Gesetz hätte sagen wollen, daß der „laufende" Beitrag, d. h. der Beitrag für die in der Satzung gemäß § 393 RVO. bestimmte Zahlungszeit, in welche der 4. August fiel, von der Gesetzesänderung unberührt bleiben soll. Dennoch ist nicht anzunehmen, daß dies die Absicht ist. In der Begründung ist nur auf § 211 RVO. verwiesen, der von den Kassenleistungen handelt. Vor allem aber ist darauf hinzuweisen, daß, abweichend vom § 1 Abs. 1, im § 3 Abs. 1 die Beiträge neben den „laufenden Leistungen" ausdrücklich erwähnt sind. Das spricht dafür, daß das Gesetz, wo es nur die laufenden Leistungen erwähnt, nicht auch auf die Beiträge bezogen werden darf.

Die im § 1 Abs. 1 vorgesehene Festsetzung der Kassenleistungen und Beiträge bedarf nicht der Aufnahme in die Satzung, sondern tritt kraft Gesetzes an die Stelle der satzungsmäßigen Regelung, und die letztere wird ohne weiteres wieder wirksam mit dem Tage, an

Digitized by Google

welchem nach § 4 das Gesetz außer Kraft tritt. Die Kassen können bei dieser Rechtslage in der Zwischenzeit sehr wohl die Bestimmungen ihrer Satzungen über Leistungen und Beiträge einer Nachprüfung unterziehen und sie abändern, wenn es unsachgemäß erscheint, daß nach Beendigung des Kriegsprovisoriums sofort wieder die alten Leistungen und Beiträge gelten sollen.

Entsprechendes gilt, wenn das Versicherungsamt nach § 1 Abs. 2 verfügt, daß niedrigere Beiträge erhoben oder höhere Leistungen gewährt werden. Diese Anordnung tritt an die Stelle der gesetzlichen Regelung (Abs. 1) und wirkt wie diese, ohne daß es einer Satzungsänderung bedarf. Sachgemäß wird das Versicherungsamt auch den Zeitpunkt zu bestimmen haben, mit welchem die Anordnung in Kraft tritt. Ist dies unterblieben, so hat als Zeitpunkt des Inkrafttretens der Tag zu gelten, an dem die Anordnung dem Vorstande zugeht. Beschwerdeberechtigt ist nur der Kassenvorstand, wenn seinem Antrage nicht oder nicht vollständig stattgegeben ist. Ist bei einer Kasse von Abs. 2 Gebrauch gemacht und wird nachträglich ihre Leistungsfähigkeit unsicher, so würde das Versicherungsamt auf Grund des § 391 RVO. einzugreifen haben (Begr. S. 4).

Die Regelung im § 2 entspricht den §§ 389 Abs. 2, 390 RVO. Es kann auf die Erläuterungen zu diesen Vorschriften verwiesen werden. Hoffentlich bedarf der Fall keiner Erörterung, daß einer der im § 2 bezeichneten Garanten für die Leistungen der Kasse selbst leistungsunfähig wird!

Der § 3 macht herzhaft einen kräftigen Strich durch die Regelung, welche die *hausgewerbliche Krankenversicherung* in der RVO. gefunden hat. Diese Regelung ist so voller Mängel und Zweifel, daß die Verwirklichung der Absichten des Gesetzes, soweit diese überhaupt mit Sicherheit festzustellen waren, bei vielen Kassen noch nicht möglich war und daß manche Kassen in dem ehrlichen Bestreben, jenen Absichten wenigstens einigermaßen nahe zu kommen, sich zu Kompromissen entschließen mußten, deren Gesetzlichkeit recht bedenklich war. Finanziell wurden die Kassen in hohem Maße gefährdet, weil Arbeitgeberzuschüsse und Beiträge vielfach nur auf dem Papier standen. Dabei erforderte die Durchführung auf alle Fälle ein Uebermaß verwaltungstechnischer Arbeit. Diese zu bewältigen, nachdem den Kassen durch den Kriegszustand ein großer Teil ihrer Hilfskräfte entzogen ist, erscheint kaum möglich. Daher wird man die zeitweilige Aufhebung der hausgewerblichen Krankenversicherung als eine freilich recht bedauerliche Kriegsnotwendigkeit hinnehmen müssen. Vielleicht gelingt es bis zu dem nach § 4 zu bestimmenden Zeitpunkte, manches zu klären oder im Wege der Gesetzgebung zu ändern und überall eine sachgemäße Durchführung zu sichern.

Hier erwähnt das Gesetz ausdrücklich, daß, wie die laufenden Leistungen, so auch die fälligen *Beiträge* von der Rechtsänderung nicht berührt werden. „Beiträge" sind hier im weiteren Sinne zu verstehen, so daß — was übrigens schon nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen anzunehmen ist — auch die bereits fälligen Arbeitgeberzuschüsse bezahlt werden müssen. Das ist besonders wichtig, weil, wie die Begr. (S. 4) hervorhebt, für die hausgewerbliche Krankenversicherung noch viele Zuschüsse rückständig sind.

Die zeitweilige Außerkraftsetzung nach § 8 Abs. 1 bezieht sich auf *alle* Vorschriften der RVO. über die hausgewerbliche Krankenversicherung, also auch auf den § 488 und die auf Grund desselben ergangenen Verfügungen der obersten Verwaltungsbehörden, wodurch ältere statutarische Bestimmungen in Geltung gelassen sind. Auch diese Bestimmungen sind hinfällig, zumal ja auch die Grundlage *jeder* Regelung, nämlich die Vorschrift des § 165 Abs. 1 Ziff. 6 über die Versicherungspflicht der Hausgewerbtreibenden, für die Dauer des Krieges durch § 3 Abs. 1 des Gesetzes beseitigt ist. Wenn aber der Gemeindeverband und der Kassenvorstand darüber einig sind, „daß die Versicherung des Hausgewerbes funktioniert und technisch wie finanziell von der Krankenkasse auch weiterhin geleistet werden kann, so haben

Digitized by Google

sie nur sofort einen entsprechenden Antrag beim Oberversicherungsamt zu stellen. Die Oberversicherungsämter, denen der Eilbedürftigkeit halber die Genehmigungsbefugnis übertragen ist, haben solchen Antrag schleunigst zu erledigen. Der Gemeindeverband und die Krankenkasse haben in ihrem Antrage vorzuschlagen, wie sie die Krankenversicherung des Hausgewerbes durchführen wollen, sei es durch Aufrechterhaltung des Ortsstatuts (RVO. § 488), sei es durch Beibehaltuug der besonderen Vorschriften der RVO. (§§ 466 bis 493). Auf diese Weise ist dafür gesorgt, daß die Krankenversicherung der Hausgewerbtreibenden überall dort erhalten bleiben kann, wo sie überhaupt in Kriegszeiten durchführbar ist" (Begr. S. 4). Diese Ausführung läßt erkennen, daß bei der Bestimmung in § 3 Abs. 2 in erster Reihe an eine ununterbrochene Aufrechterhaltung der bestehenden Regelung in solchen Bezirken, wo sie sich bewährt hat, gedacht ist. Die Wirkung des Antrags aus § 3 Abs. 2 und der behördlichen Genehmigung wird daher in solchen Fällen auf den 4. August, den Tag der Außerkraftsetzung der gesetzlichen Vorschriften nach Abs. 1, zurückzubeziehen sein. Die Fassung des Abs. 2 schließt aber eine Regelung mit späterem Beginne der Wirkung nicht aus. Wo man einstweilen zur Beseitigung augenblicklicher Schwierigkeiten glaubt reinen Tisch machen und es bei der gesetzlichen Aufhebung der hausgewerblichen Versicherung bewenden lassen zu müssen, da kann man immer noch im Laufe der Zeit auf die Möglichkeit einer Regelung aus § 3 Abs. 2 zurückkommen.

Die Geltung der nach Abs. 2 zu erlassenden ortsstatutarischen Bestimmungen ist nicht etwa auf die Zeit der Geltung des vorliegenden Gesetzes beschränkt, sondern ist eine dauernde; daß § 3 nur „für die Dauer des gegenwärtigen Krieges" gilt, bedeutet, daß in dem nach § 4 bestimmten Zeitpunkte die einstweilen außer Kraft gesetzten Vorschriften der RVO. insoweit wieder Geltung erlangen, als nicht gemäß § 3 Abs. 2 die hausgewerbliche Krankenversicherung inzwischen durch statutarische Bestimmungen geregelt ist.

Die Begründung des Gesetzes bemerkt (am Schlusse): „In Werkstätten beschäftigte Arbeiter sind auch, wenn ihr Arbeitgeber ein Hausgewerbtreibender ist, als gewerbliche Arbeiter versicherungspflichtig." Diese Bemerkung kann selbstverständlich nicht etwa beanspruchen, als bindende Erledigung der Streitfrage zu gelten, ob der Begriff der „hausgewerblich Beschäftigten" im Sinne der §§ 235, 466 RVO. auf die von einem Hausgewerbtreibenden außerhalb seiner Betriebsstätte beschäftigten Hilfspersonen zu beschränken ist oder nicht. Insoweit es gemäß § 3 Abs. 1 des Gesetzes bei der zeitweiligen Außerkraftsetzung der Vorschriften der RVO. über die hausgewerbliche Versicherung verbleibt, trifft die Bemerkung der Begründung zu, weil es dann keinen Unterschied macht, ob „Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge", die nach § 165 Abs. 1 Ziff. 1 versicherungspflichtig sind, von einem Hausgewerbtreibenden oder einem anderen Gewerbtreibenden beschäftigt werden. Wird aber im Wege des § 3 Abs. 2 die Regelung der Versicherung nach den besonderen Vorschriften der §§ 466 bis 493 beschlossen, so gelten diese auch für alle „hausgewerblich Beschäftigten", und es fehlt an jedem Grunde, von diesem Begriffe diejenigen Personen auszuschließen, die ein Hausgewerbtreibender an seiner Betriebsstätte gegen Entgelt beschäftigt (zu vgl. Arb.-Vers. 1914 S. 238, 285, Monatsschr. f. Arb.- u. Angest.-Vers. 1914 Sp. 447).

IV. Gesetz, betreffend die Wahlen nach der Reichsversicherungsordnung.

Vom 4. August 1914 (RGBl. S. 348).

Artikel 1. Der Bundesrat wird ermächtigt, die Amtsdauer der Vertreter der Unternehmer oder anderen Arbeitgeber sowie der Versicherten bei Versicherungsbehörden und Versicherungsträgern über den 31. Dezember 1914 hinaus bis spätestens zum 31. Dezember 1915 zu verlängern. Dies gilt auch für die nichtständigen Mitglieder des Reichsversicherungsamts. Für die nichtständigen Mitglieder der Landesversicherungsämter steht diese Befugnis den obersten Verwaltungsbehörden zu.

Artikel 2. Dieses Gesetz tritt mit seiner Verkündung in Kraft.

Nach Art. 4 Abs. 2 Einf.Ges. zur RVO. müssen alle Wahlen spätestens am 31. Dez.

Digitized by Google

1914 beendet sein. Infolge des Kriegszustandes sind die Behörden mit dringlicheren Geschäften belastet und vielfach nicht in der Lage, die mit der Durchführung der Wahlen verbundene Arbeitslast zu bewältigen. Auch sind viele Wahlberechtigte zu den Fahnen einberufen, so daß eine jetzt vorgenommene Wahl unter Umständen kein getreues Bild von dem Willen der gesamten Wählerschaft geben würde. Diesen Verhältnissen will das Gesetz, nach seiner Begründung, Rechnung tragen. Es ordnet nicht schlechthin den Aufschub der Wahlen an, sondern ermächtigt nur den Bundesrat, die Amtsdauer der Vertreter da, wo ein Bedürfnis dafür besteht, bis Ende 1915 zu verlängern.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Aufsicht über die Krankenkassen.

Erlaß der preuß. Minister für Handel usw. und für Landwirtschaft usw. v. 13. Juli 1914.

Die Bestimmung des Erlasses vom 2. Mai d. J. (HMBl. S. 223), wonach die Oberversicherungsämter nicht mehr selbständig die Geschäfts- und Rechnungsführung der Krankenkassen prüfen können, erstreckt sich auch auf die Vornahme außerordentlicher Prüfungen. Sie sind dagegen als Aufsichtsbehörde des Versicherungsamts in der Lage, in allen geeigneten Fällen einen Einblick in die Geschäfts- und Rechnungsführung der Krankenkassen dadurch zu gewinnen, daß ausnahmsweise an einer von dem Versicherungsamte veranlaßten ordentlichen oder außerordentlichen Prüfung ein Beamter der Regierung oder des Oberversicherungsamts als ihr Kommissar teilnimmt.

Verwendung von Kassenmitteln für den Besuch von Versammlungen (§ 363 Abs. 2 RVO.).

Erlaß der preuß. Minister für Handel usw. und für Landwirtschaft usw. v. 16. Juli 1914.

In den Fällen, in denen die im Abschnitt I Nr. 2 unserer Bestimmungen vom 12. Juni d. J. (HMBl. S. 326) vorgesehenen Beschlüsse beider Gruppen des Ausschusses nicht mehr rechtzeitig herbeigeführt werden können, wollen wir für das Jahr 1914 zulassen, daß an Stelle des Ausschusses die Mehrheit aus der Gruppe sowohl der Arbeitgeber als auch der Versicherten im Vorstande beschließt.

Zurückverweisung an den Kassenvorstand wegen nicht genügender Prüfung eines Befreiungsantrages (§ 418 RVO).

Entsch. des Oberversicherungsamts Mannheim v. 30. März 1914.

Der Landwirt H. hatte Befreiung seiner Dienstboten B., M. und E. von der Krankenversicherungspflicht beim Vorstand der allgemeinen Ortskrankenkasse T. beantragt. Der Befreiungsantrag wurde vom Kassenvorstand ohne nähere Begründung abgelehnt. Hiergegen hat H. Beschwerde erhoben, der stattzugeben war.

Die Weglassung einer Begründung bei der erstinstanzlichen Entscheidung stellt einen wesentlichen Mangel des Verfahrens dar, da sie den Beschwerdeführer außerstand setzt, zu dem abweisenden Bescheid Stellung zu nehmen und etwaige weitere Erfordernisse, deren Fehlen die Abweisung veranlaßt hat, nachträglich zu erfüllen. . . Die Unterlassung der Prüfung aller dieser Punkte bedeutet ebenso eine Mangelhaftigkeit des Verfahrens wie eine Pflichtwidrigkeit des zuständigen Kassenorgans.

Aus den angegebenen Gründen hat das Oberversicherungsamt nicht selbst in der Sache entschieden, sondern sie gemäß § 1796 RVO. an die Vorinstanz zurückverwiesen.

Das Oberversicherungsamt erachtet seine sachliche Zuständigkeit gemäß § 418 Abs. 2 RVO. für gegeben (in Uebereinstimmung mit den rechtlichen Ausführungen bei Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 3 zu § 418 RVO.).

„Zustimmung" zu einer Satzungsvorschrift ist nicht widerruflich. — Ernennung des Ausschußvorsitzenden kann nicht dem Versicherungsamt übertragen werden.

Entsch. des Reichsversicherungsamts v. 25. April 1914.

Nach § 21 Abs. 2 RVO. können die den Organen der Krankenkassen angehörenden Vertreter der Unternehmer oder anderen Arbeitgeber einen Pauschbetrag für Zeitverlust erhalten. Die Festsetzung des Betrags bedarf nach § 21 Abs. 3

Digitized by Google

in Verbindung mit § 324 Abs. 1 a. a. O. der Zustimmung des Oberversicherungsamts. Diese hatte vorliegend das Oberversicherungsamt durch die Verfügung vom 12. Dezember 1913 erteilt. Denn es hatte ausdrücklich den einzelnen Bestimmungen der Satzung zugestimmt, soweit das nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung erforderlich ist. Damit war auch die Zustimmung zu der im § 62 Abs. 2 der Satzung enthaltenen Festsetzung der Entschädigung des Vorsitzenden des Vorstandes für Zeitverlust erklärt. Diese Zustimmung war unwiderruflich (zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenversf. Anm. 3 zu § 324 RVO.). Auch konnte das Oberversicherungsamt nicht auf Grund des § 326 Abs. 1 RVO. anordnen, daß die Bestimmung des § 62 Abs. 2 der Satzung zu ändern sei. Nach jener Vorschrift hat das Oberversicherungsamt die Aenderung einer genehmigten Satzungsbestimmung anzuordnen, wenn sich nachträglich ergibt, daß die Bestimmung nach § 324 Abs. 2 RVO. nicht hätte genehmigt werden dürfen, d. h. wenn sie den gesetzlichen Vorschriften nicht genügt. Die Vorschrift des § 326 Abs. 1 a. a. O. bezieht sich daher nur auf rechtlich unzulässige Satzungsbestimmungen, nicht aber auf solche, welche, wie die vorliegende, rechtlich zulässig sind, aber der Zustimmung des Oberversicherungsamts bedürfen. Die Entscheidung der Beschlußkammer war daher, soweit sie den § 62 Abs. 2 der Satzung betrifft, aufzuheben.

Das gleiche gilt, soweit sich die Entscheidung auf die Wahl des Vorsitzenden des Ausschusses bezieht. Diese ist in der Reichsversicherungsordnung nicht geregelt. Das Wahlverfahren kann daher in der Satzung frei bestimmt werden. Natürlich dürfen die Bestimmungen nicht dem Gesetze widersprechen. Das ist vorliegend insoweit der Fall, als bei Nichtzustandekommen übereinstimmender Beschlüsse beider Gruppen im Ausschuß ähnlich wie bei der Wahl des Vorsitzenden des Vorstandes (§ 329 Abs. 2 RVO.) das Versicherungsamt den Vorsitzenden ernennen soll. Eine solche Mitwirkung des Versicherungsamts ist im Gesetze für die Wahl des Vorsitzenden des Ausschusses nicht vorgesehen und kann daher dem Versicherungsamte nicht durch die Satzung übertragen werden. Diese kann dem Versicherungsamte nicht Aufgaben zuweisen, die ihm gesetzlich nicht obliegen. Das hat das Reichsversicherungsamt auch bereits für einen ähnlichen Fall angenommen (zu vgl. Entsch. 1797, Amtl. Nachr. 1913 S. 839). Die Bestimmung des § 76 Abs. 1 der Satzung ist daher zu ändern. Nur braucht das nicht notwendig, wie das Oberversicherungsamt anscheinend meint, im Sinne des bezeichneten § 81 Abs. 1 der Mustersatzung für allgemeine Ortskrankenkassen zu geschehen. Diese Bestimmung enthält nur einen für die Kassen nicht verbindlichen Vorschlag. Denn die Wahl des Vorsitzenden des Ausschusses kann, wie bemerkt, in der Satzung frei geregelt werden, soweit keine gesetzliche Vorschrift entgegensteht. Ueber die hiernach erforderliche Aenderung des § 76 Abs. 1 der Satzung hat zunächst der Ausschuß der Kasse zu beschließen (§ 345 Abs. 2 Nr. 6 RVO.). Soll für die Wahl seines Vorsitzenden die getrennte Abstimmung beider Gruppen im Ausschuß beibehalten werden, so wird zugleich darüber zu bestimmen sein, wie bei Nichtzustandekommen übereinstimmender Beschlüsse die Entscheidung zwischen den Bewerbern anders als durch das Versicherungsamt, etwa durch das Los, zu treffen ist. Das Oberversicherungsamt hat das Weitere zu veranlassen. Zu diesem Zwecke war die Sache, soweit es sich um die Wahl des Vorsitzenden des Ausschusses handelt, an das Oberversicherungsamt zurückzuverweisen.

Die Geltendmachung des Ersatzanspruchs einer Kasse nach §§ 1501, 1515 Abs. 2 RVO. setzt voraus, daß die Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaft unstreitig oder rechtskräftig festgestellt ist.

Rev.-Entsch. des Reichsversicherungsamts v. 11. März 1914.

Das von der Beklagten eingelegte, als Rekurs bezeichnete Rechtsmittel ist nicht als solches, sondern als Revision anzusehen. Denn da das Oberversicherungsamt die Sache als Ersatzstreitsache behandelt und als solche an das Versicherungsamt zur Entscheidung abgegeben hat, und da dieses und im Rechtszug das Oberversicherungsamt selbst formell über die Berechtigung des Ersatzanspruchs erkannt haben, kann als Rechtsmittel gegen das Erkenntnis des Oberversicherungsamts gemäß § 1777 RVO. nur die Revision in Frage kommen.

Das Revisionsgericht hatte zunächst zu prüfen, ob vorliegendenfalls die Voraussetzungen für die Einleitung eines Spruchverfahrens gemäß § 1515 Abs. 2, §§ 1771 ff. RVO. gegeben waren. Dies war zu verneinen. Die Berufsgenossenschaft hat in dem bisherigen Verfahren ihre Ersatzpflicht gegenüber der Ortskrankenkasse nur deshalb bestritten, weil sie annimmt, daß ihr aus dem Unfall eine Entschädigungspflicht nicht erwachsen sei. Lediglich über das Bestehen dieser Entschädigungspflicht bestand also zunächst unter den Parteien Streit. Der Antrag der Krankenkasse enthielt somit den Antrag auf Feststellung der Unfallentschädigung. Nicht die Bezeichnung des Anspruchs als eines Ersatzanspruchs, sondern die Begründung und sein rechtlicher Charakter waren entscheidend. Die geforderte Feststellung, daß die in Anspruch genommene Berufsgenossenschaft entschädigungspflichtig sei, hatte aber durch Bescheid der Berufsgenossenschaft,

Digitized by Google

durch Urteil des Oberversicherungsamts und gegebenenfalls durch Urteil eines Rekurssenats des Reichsversicherungsamts zu erfolgen. Das Oberversicherungsamt mußte daher, als die Klägerin ihre Berufung gegen den die Entschädigung wegen Nichtvorliegens eines Betriebsunfalls ablehnenden Bescheid der Beklagten darauf stützte, daß der Vorführer P. bei einer versicherten oder versicherungspflichtigen Beschäftigung verunglückt sei, über die streitige Entschädigungsverpflichtung der Berufsgenossenschaft im Instanzenzug entscheiden, bevor in dem hierfür gegebenen besonderen Spruchverfahren über die Frage der Ersatzpflicht zu befinden war. Die Verbindung der Ablehnung der Unfallentschädigung mit dem Ersatzanspruche der Krankenkasse in dem Bescheide der Beklagten durfte das Oberversicherungsamt nicht dazu veranlassen, von der ihm zunächst obliegenden Entscheidung über die Unfallentschädigung abzusehen und die Sache, wie geschehen, als Ersatzstreitsache an das Versicherungsamt abzugeben. Denn erst nach rechtskräftiger Entscheidung über die Entschädigungspflicht auf Grund der Unfallversicherung kann der Streit über den Ersatzanspruch seine Erledigung finden.

Nur unter dieser Voraussetzung läßt sich auch die vom Gesetzgeber gewollte Zuständigkeit der für die Feststellung der einzelnen Versicherungsleistungen angeordneten Instanzen vollkommen wahren, da dann für die Feststellung der Unfallentschädigung das Spruchverfahren in Unfallrentensachen stattfindet, während die Revision auf die Fragen der Ersatzberechtigung beschränkt bleibt. Es wird so die sonst gerade in vorliegendem Falle eintretende Folge vermieden, daß die nach § 4 der Kaiserlichen Verordnung über den Geschäftsgang und das Verfahren vor dem Reichsversicherungsamte vom 24. Dezember 1911 für Ersatzansprüche zuständige Abteilung des Reichsversicherungsamts für Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung über Fragen der Unfallversicherung zu entscheiden hat, was der Absicht des Gesetzgebers zweifellos nicht entsprechen würde.

Es unterlagen deshalb die über den Ersatzanspruch ergangenen Urteile des Versicherungsamts und des Oberversicherungsamts der Aufhebung. Das Oberversicherungsamt wird zunächst unter Zuziehung des Hauptberechtigten über die Berufung der Klägerin gegen den Bescheid der Beklagten vom 23. Januar 1913 zu entscheiden haben.

Grundsätzliche Entscheidung des Reichsversicherungsamts.

(Heft 6 der Amtl. Nachr. v. 15. Juni 1914.)

Die Geltendmachung des Ersatzanspruchs einer Krankenkasse gegen eine Berufsgenossenschaft nach §§ 1501, 1515 Abs. 2 RVO. setzt voraus, daß die Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaft unstreitig oder darüber rechtskräftig im Verfahren der Unfallversicherung entschieden ist (1857 S. 549).

B. Zur Unfallversicherung.

Zuständigkeit der besonderen Oberversicherungsämter in Angelegenheiten der Unfallversicherung.

Erlaß des preuß. Ministers der öffentlichen Arbeiten v. 16. Juli 1914.

Auf Grund des § 63 Abs. 3 RVO. bestimme ich, daß für die Zuständigkeit der für die Eisenbahndirektionsbezirke errichteten besonderen Oberversicherungsämter in allen Angelegenheiten der Unfallversicherung nicht der jeweilige Wohnort des Unfallverletzten, sondern — abweichend von § 1677 Abs. 1 RVO. — der Ort des Unfalls ausschlaggebend ist. Demnach ist stets das Oberversicherungsamt des Eisenbahndirektionsbezirks zuständig, in dessen Betrieb sich der Unfall ereignet hat.

Bauherr im Sinne der RVO.

Entsch. des Reichsversicherungsamts v. 16. Februar 1914.

Die Entscheidung des Oberversicherungsamts steht durchweg im Einklang mit der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts über die Bauspekulationsgeschäfte (zu vgl. Bescheide 1888 und 1958, Amtl. Nachr. 1901 S. 608 und 1902 S. 562, auch Handb. der Unfallversf. II S. 470 Anm. 8 zu § 29 BauUVG.).

Diese Rechtsprechung, deren Richtlinien in der Begründung des Gesetzes v. 30. Juni 1900 über die Abänderung der Unfallversicherungsgesetze anerkannt wurden, geht von dem Gedanken aus, daß der Begriff „Bauherr" auf dem Gebiete der Unfallversicherungsgesetze in einem weiteren Sinne zu verstehen ist, als der Sprachgebrauch sonst mit ihm verbindet. Das Reichsversicherungsamt sieht sich auch nach erneuter Prüfung nicht veranlaßt, diese Rechtsauffassung zu ändern. In vielen größeren Städten hat infolge ihrer schnellen wirtschaftlichen Entwicklung und der Einwirkung kapitalistischen Geschäftssinns das Baugeschäft eine neue Form angenommen. Bauunternehmer, die zu einem selbständigen Unternehmen nicht genug Mittel haben, erhalten von einem Geschäftsmanne Baustelle und Baugeld mit dem Recht auf Erwerb

Digitized by Google

des Bauwerkes, müssen aber als Gegenleistung eine Geldsumme versprechen, die dem voraussichtlichen Geldwert des Bauwerkes, nach Abzug der Baukosten und eines Werklohns, oder doch einem wesentlichen Teile dieses Geldwertes entspricht. Der Geschäftsmann erhält in Höhe dieser Geldsumme an dem Grundstück eine Hypothek, die durch den Bau und die mit ihm verbundene Wertsteigerung der Baustelle gesichert werden soll. Das Eigentümliche dieser sogenannten Bauspekulationsgeschäfte ist also, daß der Geschäftsmann nicht, wie andere Bauherren, das Bauwerk in Natur, wohl aber den Geldwert des Bauwerkes in Gestalt einer Geldforderung, die er auf dem Geldmarkt umsetzen kann, gewinnen will. Die Forderung aus der Hypothek verpflichtet den Unternehmer nicht unmittelbar zur Herstellung des Bauwerkes und dessen Lieferung an den Geschäftsmann, wie es die Forderung aus einem Werkvertrage tun würde, sondern nur zur Zahlung einer Geldsumme. Jedoch mittelbar verpflichtet ihn die Forderung aus der Hypothek auch zum Bauen, weil er sie sonst aus Mangel an eigenen Mitteln nicht erfüllen kann, also erwarten muß, daß er aus dem Grundstück im Wege der Zwangsversteigerung wieder entsetzt wird. Sie verpflichtet ihn auch, den Geldwert des Bauwerkes, also mittelbar das Bauwerk selbst, dem Geschäftsmanne zu überlassen. Das Bauspekulationsgeschäft ist dadurch mit einem Werkvertrag über einen Bau innerlich eng verwandt. Die Herrschaft, die der Geschäftsmann über das Unternehmen ausübt, deckt sich zwar nicht ganz mit der unmittelbaren Herrschaft eines Bauherrn, gibt ihm aber doch eine so überragende Stellung gegenüber dem Unternehmer, daß es vom wirtschaftlichen Standpunkt aus nicht unberechtigt ist, eine Person, die solche Geschäfte macht, als den eigentlichen Bauherrn im Sinne des Gesetzes anzusprechen. Demgegenüber tritt die Bezeichnung als Bauherr an Bedeutung zurück. Jedenfalls entspricht es Sinn und Zweck des Gesetzes, einen solchen Geschäftsmann ebenso wie den Bauherrn für den zahlungsunfähigen Unternehmer verantwortlich zu machen (Schultz, Der Begriff „Bauherr" und seine Bedeutung für die Bauspekulationsgeschäfte, Monatsschrift für Arbeiter- und Angestellten-Versicherung 1913 S. 136). Das Bedürfnis, die Baugewerks-Berufsgenossenschaften gegen die Gefahr von Beitrags- und Prämienausfällen zu schützen, die ihnen aus solchen Geschäften erwachsen, ist auch von der Reichsversicherungsordnung anerkannt. Sie hat die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts nicht geändert, sondern hat sogar in den §§ 772 ff., 821 neue Bestimmungen erlassen, die den Baugewerks-Berufsgenossenschaften einen noch stärkeren Schutz gewähren sollen.

Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts.

(Heft 6 der Amtl. Nachr. v. 15. Juni 1914.)

Dem Erfordernisse des § 1 Abs. 1 Ziff. 7 GUVG. — Eintragung des Inhabers im Handelsregister — ist bei einer nach bürgerlichem Recht zu beurteilenden Gelegenheits-(Erwerbs-)Gesellschaft genügt, wenn jede der Gesellschaften im Handelsregister eingetragen steht (2707 S. 538).

Der § 936 RVO. ist auf Unfälle aus der Zeit vor dem 1. Januar 1913 nicht anzuwenden, auch wenn der gemäß Abs. 2 vom Oberversicherungsamt festgesetzte durchschnittliche Jahresarbeitsverdienst höher ist als der gemäß § 10 LUVG. von der höheren Verwaltungsbehörde festgesetzte (2708 S. 538).

Die nach vorangegangenem Bescheide durch Endbescheid vorgenommene Rentenänderung wird wirksam mit Ablauf des auf die Zustellung des Bescheids folgenden Monats (2709 S. 539).

Der Begriff des landwirtschaftlichen Betriebsbeamten im Sinne des § 923 Abs. 1 Ziff. 2 RVO. ist kein anderer als der bisher durch die Spruchübung des Reichsversicherungsamts festgelegte. Haussöhne in kleinen und mittleren Betrieben fallen in der Regel nicht darunter (2710 S. 540).

Baufuhren der preuß. Ansiedlungskommission für ihre Stellenbauten können in die landwirtschaftliche Unfallversicherung nur nach § 1 Abs. 4 LUVG. (§ 916 RVO.) einbezogen werden (2711 S. 541).

Für die genossenschaftliche Zuständigkeit der Fahrzeughaltung ist nicht maßgebend, ob das Fahrzeug für das Gewerbe oder für persönlichen Bedarf gehalten wird. Wenn durch Verwendung des Fahrzeugs ein unmittelbarer Erwerb erzielt werden soll, ist die Fuhrwerksberufsgenossenschaft, sonst die Versicherungsgenossenschaft der Privatfahrzeug- und Reittierbesitzer zuständig, es sei denn, daß die Fahrzeughaltung einem versicherten Betriebe dient und als Teil dieses Betriebs bei der für ihn zuständigen Berufsgenossenschaft mitversichert ist (2712 S. 541).

Der Begriff „Bauherr" ist auch nach der Reichsversicherungsordnung im Sinne der Bescheide 1888 und 1958 (Amtl. Nachr. 1901 S. 603 und 1902 S. 562) zu verstehen (2713 S. 542).

Eine Gemeinde, die ihre bisher bei einer Berufsgenossenschaft versicherte, nicht gewerbsmäßige Fahrzeughaltung auf Grund des § 628 Abs. 1, § 537 Ziff. 6 RVO. nach Erklärung ihrer Leistungsfähigkeit in eigene Versicherung genommen hat, ist auf Grund des § 628 Abs. 4 letzter Satz zur Uebernahme der aus den ausgeschiedenen Betriebszweigen erwachsenen Unfallast verpflichtet (2714 S. 543).

Digitized by Google

Die Bestrafung aus § 909 Ziff. 3 RVO. setzt ein Verschulden voraus, eine Beweislast für den Unternehmer besteht nicht (2715 S. 545).

Bei Verhältniswahlen ist im Falle des § 688 RVO. und bei den Wahlen zur Genossenschaftsversammlung eine Vertretung des Mitglieds durch ein bevollmächtigtes anderes Mitglied oder den bevollmächtigten Leiter des eigenen Betriebs zulässig. Anwesenheit des Vollmachtgebers im Wahlraum hindert bei der Wahl zur Genossenschaftsversammlung nicht die Stimmabgabe durch diesen Bevollmächtigten (2716 S. 547).

Lehnt die Zweiganstalt einer Berufsgenossenschaft es ab, Arbeiten, für die ihr ein Nachweis zugegangen ist, in Versicherung zu nehmen, weil sie sich nicht für zuständig hält, so ist dagegen eine Rechtsmittelbeschwerde nicht gegeben (2717 S. 548).

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Aufrechnung von Altersrentenbeträgen gegen früher gezahlte Invalidenrentenbeträge.

Rev.-Entsch. des Reichsversicherungsamts v. 26. Februar 1914.

Die Klägerin hat auf Grund eines später wieder aufgehobenen Urteils des Schiedsgerichts Invalidenrente bezogen im Betrage von 95,37 M. Dieser Betrag konnte von der Landesversicherungsanstalt S. zunächst nicht wieder eingezogen werden, weil die Klägerin mittellos war. Durch Bescheid vom 12. März 1913 wurde der Klägerin von derselben Landesversicherungsanstalt Altersrente bewilligt und dabei der genannte Betrag angerechnet. Die Revision gegen die die Berufung zurückweisende Entscheidung des Oberversicherungsamts konnte keinen Erfolg haben.

Gegen die Zulässigkeit des instanziellen Verfahrens im vorliegenden Falle bestehen keine Bedenken (zu vgl. Revisionsentsch. 801, 1261, Amtl. Nachr. 1900 S. 612, 1906 S. 430). Auch durch § 1696 Nr. 1 RVO. ist die Zulässigkeit der Revision nicht ausgeschlossen (zu vgl. Rev.-Entsch. 1653, Amtl. Nachr. RVA. 1912 S. 1185).

Streitig ist im vorliegenden Falle die Frage, ob die Aufrechnung zulässig ist. Nach § 1324 RVO. dürfen die Rentenansprüche nur aufgerechnet werden gegen „zu Unrecht gezahlte Rentenbeträge". Hier handelt es sich um Invalidenrentenbeträge, die in einem früheren Verfahren auf Grund eines später wieder aufgehobenen Urteils gezahlt sind. Daß diese Beträge „zu Unrecht" gezahlt waren, unterliegt keinem Bedenken; dagegen kann es zweifelhaft erscheinen, ob der Aufrechnung, entsprechend der früheren Rechtsübung, der Umstand entgegensteht, daß die Invalidenrentenbeträge in einem anderen, längst abgeschlossenen Verfahren gezahlt waren und jetzt Altersrente zu gewähren ist. Diese Frage ist jedoch nach der Entstehungsgeschichte der angeführten Vorschrift zu verneinen. Unter der Herrschaft des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes, das keine Vorschrift über die Aufrechnung enthielt, sind allerdings nur solche Rentenbeträge für aufrechnungsfähig erklärt worden, die in demselben Verfahren und auf derselben Rechtsgrundlage gezahlt waren (zu vgl. Revisionsentsch. 674, Amtl. Nachr. 1898 S. 394). § 55 Abs. 2 JVG. traf besondere Bestimmungen über die Aufrechnung. Wie die Motive ergeben, ist dies deshalb geschehen, weil nach § 394 BGB. die Aufrechnung einer Forderung ausgeschlossen ist, wenn ihre Pfändung gesetzlich verboten ist. Der Gesetzgeber beschränkte sich nun nicht darauf, die Aufrechnung in den Grenzen der bisherigen Rechtsprechung zu gestatten, sondern dehnte sie auf eine Reihe anderer Forderungen der Versicherungsanstalten aus, insbesondere allgemein auf „zu Unrecht gezahlte" Rentenbeträge, die nach den Motiven „billigerweise den Ersatzforderungen der Versicherungsanstalten gleichzustellen sind." Mit Rücksicht auf die hieraus zu entnehmende Absicht des Gesetzgebers, die Aufrechnung in weiterem Umfang zuzulassen, muß schon bei Auslegung des § 55 Abs. 2 JVG. das Erfordernis desselben Verfahrens und Rechtsgrundes für die aufzurechnende Forderung fallen gelassen werden (zu vgl. Isenbart-Spielhagen, Kommentar zum Invalidenversicherungsgesetz, 2. Aufl. 1903 S. 465 Anm. 9 zu § 55). Für das Gebiet der Unfallversicherung ist diese Auffassung bereits anerkannt worden in der Rekursentsch. 2031 (Amtl. Nachrichten 1904 S. 196), die die fast gleichlautende Vorschrift des § 96 Abs. 2 GUVG. v. 30. Juni 1900 dahin auslegte, daß die Aufrechnung auch zulässig ist, wenn Forderung und Gegenforderung nicht aus demselben Unfall herrühren.

Die Reichsversicherungsordnung hat im § 1324 den § 55 Abs. 2 JVG. übernommen; aus der Begründung ist nicht ersichtlich, daß der Gesetzgeber die Aufrechnung zu Unrecht gezahlter Rentenbeträge nur unter den von der früheren Rechtsprechung für nötig erachteten Voraussetzungen zulassen wollte (zu vgl. Weymann, Anm. 4 zu § 1324). Demgemäß war die Beklagte befugt, die früher gezahlten Invalidenrentenbeträge auf die Altersrente anzurechnen.

Digitized by Google

Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts.

(Heft 6 der Amtl. Nachr. v. 15. Juni 1914.)

Die Kinder eines verstorbenen Versicherten haben auf Waisenaussteuer keinen Anspruch, wenn die Ehe ihrer Mutter mit dem Verstorbenen geschieden war (1858 S. 550).

Die Vorschrift des § 1301 Abs. 1 RVO., daß für den Sterbemonat die Rente voll gezahlt wird, ist von allgemeiner Bedeutung und gilt auch zugunsten der nach § 1303 berechtigten Hinterbliebenen (1859 S. 550; anders bisher Entsch. 798, 1397, Amtl. Nachr. 1900 S. 610, 1909 S. 464).

Die Witwerrente ist, und zwar in vollem Umfang, auch dann festzustellen, wenn sie infolge Zusammentreffens mit der höheren Invalidenrente des Witwers ruht (1860 S. 552).

Die Aufrechnung gezahlter Rentenbeträge nach § 1324 RVO. ist auch zulässig, wenn Altersrentenbeträge gegen Beträge aufgerechnet werden, die in einem früheren Invalidenrentenverfahren gezahlt worden sind (1861 S. 553; anders früher Entsch. 451, 674, Amtl. Nachr. 1895 S. 244, 1898 S. 394).

Um Einstellung der Rente im Sinne des § 1633 RVO. handelt es sich auch dann, wenn der Empfänger auf den Weiterbezug verzichtet. Auch hier hat eine Vorbereitung durch das Versicherungsamt nach § 1626 vorauszugehen. Die Vorschrift des § 1308, daß ein Bescheid, der die Rente entzieht, mit Ablauf des auf die Zustellung folgenden Monats wirksam wird, gilt grundsätzlich nicht für die Fälle der Renteneinstellung. Es ist aber eine Frage der Auslegung, ob der Berechtigte im Falle des Verzichts auf den Weiterbezug zugleich auf die bei Anwendung des § 1303 sich ergebenden Rententeile hat verzichten wollen (1862 S. 554).

Auch Artisten (Spezialitätenkünstler) gehören, soweit sie nicht selbständige Unternehmer sind, zu den „Bühnenmitgliedern" im Sinne des § 1226 Ziff. 4 RVO. (1861 S. 557).

Nach Vollendung des 40. Lebensjahrs ist die Weiterversicherung nach § 1244 RVO. ausgeschlossen, wenn die Anwartschaft aus einem früheren Versicherungsverhältnis erloschen ist und nach § 1283 Abs. 3 nicht wieder aufleben kann (1864 S. 560).

Die Auskunftspflicht des Arbeitgebers besteht auch noch nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses, über das Auskunft verlangt wird (1865 S. 563).

D. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätze zu den §§ 11, 170 und 390 des VGfA. aus der Uebung der Reichsversicherungsanstalt.

Zu § 11. Der § 11 ist nicht anwendbar, wenn Ruhegeld usw. von einem Versicherungsträger der reichsgesetzlichen Arbeiterversicherung nicht auf Grund früherer Beschäftigung bei ihm, sondern auf Grund der Versicherung bei ihm gewährt wird. (I 1165/14.)

Zu § 170 Abs. 3. Die Vorschrift des § 170 Abs. 3 setzt ein Ruhegeld voraus, das auf Grund der Vorschriften des Versicherungsgesetzes für Angestellte gewährt wird, das also, soweit es nicht von der Reichsversicherungsanstalt selbst gezahlt wird, auf einem reichsgesetzlichen Anspruch im Sinne des § 380 des Versicherungsgesetzes für Angestellte beruht. Eine Pension, die von einem als Ersatzkasse zugelassenen Institut auf Grund der Satzung dieses Instituts gewährt wird, ohne daß — mangels Erfüllung der Wartezeit — ein Anspruch auf Grund des Angestelltenversicherungsgesetzes gegeben wäre, macht deshalb den Angestellten nicht ohne weiteres beitragsfrei. (I 1165/14.)

Zu § 390. Wenn ein Angestellter nachträglich auf die Befreiung nach § 390 verzichtet, so hat der Verzicht keine rückwirkende Kraft in dem Sinne, daß dem Angestellten eine Nachzahlung für die Zeit, in der nur die halben Beiträge eingegangen sind, gestattet werden könnte. Sind dagegen für einen nach § 390 Befreiten schon vor der ausdrücklichen Verzichterklärung Vollbeiträge entrichtet, so sind diese nicht — zur Hälfte — zurückzuzahlen. Denn die Vermutung spricht dafür, daß die Zahlung der Vollbeiträge schon mit der Absicht des Verzichts auf die Befreiung erfolgt ist. Der ausdrückliche Verzicht bedeutet dann nur eine Bestätigung jener Absicht. (I a 1533/14.)

Digitized by Google

Sprechsaal.

Versicherungspflicht der „Lehrlinge" im niederen Bureaudienst?

In Heft 19 S. 463 Ziff. 2 haben wir eine Auskunft dahin erteilt, daß junge Leute, die in einem Bürgermeisteramt zur Ausbildung im Kommunaldienst beschäftigt werden, nicht als „Lehrlinge" gelten können und daher, wenn sie keinen Entgelt beziehen, für die Krankenversicherung versicherungsfrei sind. Mit Bezug hierauf weist uns eine Zuschrift auf Ziff. 39 der Anleitung des RVA. v. 26. April 1912, betr. den Kreis der gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen, hin. Dort wird aus § 165 Abs. 2 RVO., wo von „Lehrlingen aller Art" die Rede ist, und aus den bezüglichen Verhandhandlungen in der Kommission hergeleitet, daß im Gebiete der Krankenversicherung auch junge Leute, die sich im niederen Bureaudienst ausbilden, als Lehrlinge zu gelten haben werden. Ob dies auch für das Gebiet der Invalidenversicherung — wo in dem entsprechenden § 1226 eine entsprechende Erwähnung der „Lehrlinge aller Art" fehlt! — anzunehmen sei, müsse der Rechtsprechung überlassen bleiben. Inzwischen hat das Reichsversicherungsamt gesprochen und die Frage *für die Invalidenversicherung* verneint, dabei aber dahingestellt gelassen, ob der Lehrlingsbegriff *für die Krankenversicherung* weiter zu fassen ist (Entsch. v. 21 März 1914, Arb.-Vers. Heft 20 S. 481). Eine solche weitergehende Fassung des Begriffs wird unseres Erachtens für die Krankenversicherung, wenn Gesetzesworte — ganz abgesehen von den auf sie bezüglichen Verhandlungen — einen Sinn beanspruchen dürfen, in der Tat nicht zu umgehen sein. Aber eine Schranke wird die Ausdehnung an der gewöhnlichen Bedeutung des Wortes „Lehrling" finden müssen, und es entspricht wenigstens dem *allgemeinen* Sprachgebrauch, den Begriff auf solche Personen zu beschränken, die in einem *Betriebe* zur Ausbildung in der *Betriebstätigkeit* beschäftigt werden (vgl. *Hahn*, Handb. der KrVers. S. 168 Anm. 8 zu § 165). Auch der geschichtlichen Entwicklung entspricht dies; denn wie man bisher schon den Begriff von dem Gebiete der gewerblichen Betriebe, wo er von Anbeginn eine ausgeprägte Bedeutung hatte, auch auf landwirtschaftliche Betriebe übertragen hatte, so wird es sich zwar rechtfertigen, ihn jetzt im Hinblick auf die Fassung des § 165 Abs. 2 und eine weit verbreitete sprachliche Gepflogenheit auch auf andere *privatwirtschaftliche Betätigungen* (Betriebe im engeren Sinne), nicht aber auch ihn auf dienstliche Betätigung außerhalb eines solchen Betriebes, insbesondere auf den Bureaudienst bei Behörden oder Einzelbeamten oder öffentlichen Körperschaften zu übertragen. Es ist durchaus üblich, von Lehrlingen im Bureaudienst von Rechtsanwälten — der einen *wirtschaftlichen* Betrieb darstellt — oder bei einem Kapellmeister zu reden (vgl. Arb.-Vers. 1905 S. 766, 1912 S. 552); aber es widerspricht dem *allgemeinen* Sprachgebrauch, von einem „Lehrling" im Dienst einer Behörde oder eines Beamten oder einer öffentlichen Körperschaft, z. B. beim Magistrat, beim Landratsamt oder bei einem Katasterbeamten oder bei einer Berufsgenossenschaft oder einer Krankenkasse zu reden, und wenn sich hier oder dort dennoch ein solcher, von der allgemeinen Uebung abweichender Sprachgebrauch gebildet hat, so kann er für die allgemeine Begriffsbestimmung nicht von maßgebender Bedeutung sein.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Merkblatt der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte für die Einleitung eines Heilverfahrens.

Vom 27. Januar 1914.

I. **Allgemeines.** Um die infolge Erkrankung drohende *Berufsunfähigkeit* eines Versicherten abzuwenden, *kann* die Reichsversicherungsanstalt in den ihr geeignet erscheinenden Fällen ein Heilverfahren gewähren, soweit nicht bereits durch einen Träger der reichsgesetzlichen Arbeiterversicherung (Krankenkasse, Landesversicherungsanstalt, Berufsgenossenschaft usw.) ein solches eingeleitet ist. Dasselbe gilt, wenn zu erwarten ist, daß ein Heilverfahren den bereits berufsunfähigen Empfänger eines Ruhegeldes wieder berufsfähig macht.

Die Reichsversicherungsanstalt ist also nicht verpflichtet, jedem Antrage auf Einleitung eines Heilverfahrens zu entsprechen. *Daraus ergibt sich, daß dem Antragsteller gegen die Ablehnung eines Heilverfahrens ein Rechtsmittel (Berufung, Beschwerde) nicht zusteht.*

Für Heilverfahren, die ohne Genehmigung der Reichsversicherungsanstalt begonnen oder durchgeführt sind oder in einer anderen als der bewilligten Form durchgeführt werden, wird Kostenerstattung grundsätzlich abgelehnt.

Akute Erkrankungen (Blinddarm-, Brustfell-, Lungenentzündungen, Gallensteinkoliken, Schlaganfälle, akute Augen- und Ohrenerkrankungen, u. a., ferner Infektionskrankheiten wie Typhus, Diphtherie, Scharlach u. a.) können im Sinne des § 36 des Gesetzes nicht Gegenstand eines Heilverfahrens sein.

Ferner sind von der Uebernahme eines Heilverfahrens ausgeschlossen: Geisteskrankheiten, Epilepsie, schwere Hysterie u. a., sowie alle Erkrankungen, bei denen die Wiederherstellung der Berufsfähigkeit ausgeschlossen ist.

Ebensowenig fallen Verletzungen und Unfallerkrankungen, z. B. Unfallneurosen, in das Heilverfahrensgebiet der Reichsversicherungsanstalt. Für die Behandlung von Unfallfolgen tritt die Reichsversicherungsanstalt nur dann ein, wenn

Digitized by Google

es sich um eine verzögerte Wiederherstellung der Berufsfähigkeit handelt, und wenn von anderer Seite eine Verpflichtung zur Uebernahme eines Heilverfahrens nicht besteht.

Es ist auch nicht Aufgabe der Reichsversicherungsanstalt, für die den Krankenkassen obliegenden Pflichten einzutreten oder im Falle von Krankheiten der erwähnten Art bei solchen Versicherten, die keiner Krankenkasse angehören, die mangelnde materielle Vorsorge für den etwaigen Eintritt einer Krankheit zu ersetzen.

Sogenannter Erholungsurlaub im Rahmen des gewöhnlichen Sommerurlaubs entspricht nicht den Voraussetzungen für die Gewährung eines Heilverfahrens, ebensowenig eine Kur, zu deren Durchführung nur eine verhältnismäßig kurze Zeit zur Verfügung steht.

Heilverfahren in Orten außerhalb des deutschen Reichsgebietes werden nicht gewährt.

Es muß außerdem billigerweise verlangt werden, daß die Versicherten im Rahmen ihrer wirtschaftlichen Verhältnisse selbst zur Erhaltung ihrer Gesundheit und Berufsfähigkeit beitragen. Infolgedessen werden Kosten für sogenannte kleine Heilmittel wie Bruchbänder, Brillen, Gummistrümpfe, Plattfußeinlagen, Plattfußschuhe usw. nicht übernommen.

Nach Abschluß eines Heilverfahrens werden Mittel zu sogenannten Haus- oder Nachkuren nicht gewährt.

Anträge auf Verlängerung eines von der Reichsversicherungsanstalt bewilligten und in der Durchführung begriffenen Heilverfahrens müssen durch den behandelnden Arzt rechtzeitig unter eingehender Begründung eingereicht werden.

Wiederholungen einer Kur auf Kosten der Reichsversicherungsanstalt sind binnen Jahresfrist nach Ablauf eines gewährten Heilverfahrens überhaupt nicht, später nur in besonderen Fällen statthaft.

Im Hinblick auf die große Zahl der während der Sommermonate und in der Zeit des gewöhnlichen Sommerurlaubs gestellten Anträge wird ausdrücklich darauf hingewiesen, daß die Winterkuren den Sommerkuren insbesondere auch bei Lungenleiden im Erfolge gleichstehen. Die Reichsversicherungsanstalt muß sich daher vorbehalten, nicht dringliche Heilverfahren auf den Winter zu verlegen, wozu sie wegen der im Sommer fast ständigen Vollbelegung namentlich der Lungenheilstätten häufig gezwungen ist.

II. **Antrag nebst Anlagen.** Die Anträge auf Einleitung eines Heilverfahrens werden zweckmäßig unmittelbar bei der Reichsversicherungsanstalt, Abteilung II H, Berlin-Wilmersdorf, Hohenzollerndamm eingereicht. Es empfiehlt sich, nicht gleichzeitig bei der Reichsversicherungsanstalt und einem Träger der Arbeiterversicherung einen Heilverfahrensantrag zu stellen, weil durch die notwendigen Rückfragen Verzögerungen in der Erledigung eintreten. Im allgemeinen ist erforderlich, daß die Stellung des Antrages einige Wochen vor dem gewünschten Beginn der Kur erfolgt. Vormerkungen für eine spätere Durchführung eines Heilverfahrens finden nicht statt, da die bei Stellung des Antrages eingereichten ärztlichen Zeugnisse alsdann keine verläßliche Unterlage mehr bilden.

Das von der Reichsversicherungsanstalt, den Ortsausschüssen oder den Vertrauensmännern erhältliche Antragsformular ist auf das genaueste auszufüllen. Es ist zweckmäßig, hierbei die Hilfe der Ortsausschüsse oder der Vertrauensmänner in Anspruch zu nehmen. Wenn durch Ungenauigkeit oder Fehler in der Ausfüllung des Antragsformulars zeitraubende Rückfragen erforderlich werden, ist eine Verzögerung im Beginn des Heilverfahrens unvermeidlich.

In dem Antrage ist auch anzugeben, ob das Heilverfahren innerhalb der nächsten Wochen ohne Störung für die beruflichen oder häuslichen Verhältnisse des Antragstellers begonnen werden kann. Es ist dringend erwünscht, den Arbeitgeber von der Einreichung des Antrages in Kenntnis zu setzen.

Zur Ausstellung der Fahrpreisbescheinigung, zur Festsetzung der Höhe des Hausgeldes oder etwaiger Zuschüsse bei Heilmitteln usw. ist die Einreichung eines behördlichen Nachweises über das jährliche Gesamteinkommen in jedem Falle erforderlich. Der Nachweis ist durch Beifügung der Steuerveranlagung, der letzten Steuerquittung oder durch eine behördliche Bescheinigung (Ortspolizeibehörde, vorgesetzte Dienstbehörde des Antragstellers u. a.) zu führen.

III. **Aerztliche Bescheinigung, vertrauensärztliches Gutachten.** Sofern der Antragsteller sich bereits in Behandlung eines Arztes befindet, ist dem Antrag eine von diesem Arzte ausgestellte Bescheinigung über

a) Art der Krankheit,
b) Dauer der bisherigen Behandlung,
c) Notwendigkeit und
d) Aussicht

des beantragten Heilverfahrens beizufügen.

Die Bestimmung der Gebührenhöhe für diese Bescheinigung, für welche ein Formular nicht vorgesehen ist, bleibt dem behandelnden Arzt überlassen. Die Reichsversicherungsanstalt zahlt zu diesen Gebühren gegen Vorlage der ärztlichen Quittung einen Zuschuß bis zu 3 M., wenn die Bescheinigung den gestellten Bedingungen (a bis d) entspricht.

Die Erledigung des Antrages wird beschleunigt, wenn gleichzeitig ein Gutachten auf vorgeschriebenem Formular durch einen Vertrauensarzt der Reichsversicherungsanstalt ausgestellt wird. Das Gutachten muß von dem Vertrauensarzt der Reichsversicherungsanstalt unmittelbar und verschlossen übersandt werden. Das Ergebnis der vertrauensärztlichen Untersuchung ist dem Antragsteller nicht bekanntzugeben. Dem Vertrauensarzt ist bei der Untersuchung die Bescheinigung des behandelnden Arztes vorzulegen. Formulare für die Gutachten sind in Händen der Vertrauensärzte. Namen und Adressen der Vertrauensärzte teilen die Reichsversicherungsanstalt, die Ortsausschüsse und die Vertrauensmänner auf Anfrage mit.

Von den Gebühren für das vertrauensärztliche Gutachten ist nur ein Teil — zurzeit 3 M. — von dem Antragsteller zu tragen und sofort an den Arzt zu entrichten; den Hauptteil der Gebühren trägt die Reichsversicherungsanstalt.

Digitized by Google

IV. **Bescheid der Reichsversicherungsanstalt.** Ueber die Genehmigung oder Ablehnung des Antrages erteilt die Reichsversicherungsanstalt einen Bescheid, gegen den ein gesetzliches Rechtsmittel (Berufung, Beschwerde) nach den Bestimmungen des Versicherungsgesetzes für Angestellte nicht gegeben ist.

Die für die Ablehnung eines Heilverfahrens maßgebenden Gründe werden nicht bekanntgegeben.

Nach Eingang der Genehmigung eines Heilverfahrens muß eine weitere Mitteilung über den festgesetzten, gewöhnlich kurzfristigen Zeitpunkt abgewartet werden, an dem die Uebersiedelung in die bezeichnete Heilanstalt zu erfolgen hat.

V. **Hausgeld.** Angehörige des Erkrankten, deren Unterhalt er ganz oder überwiegend aus seinem Arbeitsverdienst bestritten hat (hierher rechnet nicht die Abgabe von Gehalt für gewährte Wohnung, Verpflegung, Kleidung usw.), erhalten unter bestimmten Voraussetzungen während des dem Erkrankten von der Reichsversicherungsanstalt bewilligten Heilverfahrens als Unterstützung ein sogenanntes Hausgeld.

VI. **Gewährung sogenannter größerer Heilmittel.** Zu den sogenannten „größeren Heilmitteln" (künstlichen Gliedmaßen, orthopädischen Stützapparaten usw.) gewährt die Reichsversicherungsanstalt einen angemessenen Zuschuß, sofern die Beschaffung derartiger Heilmittel den bei der Gewährung eines Heilverfahrens maßgebenden Grundsätzen entspricht. Außer den auch bei einem ständigen Heilverfahren erforderlichen Unterlagen (Antragsformular, Bescheinigung des behandelnden Arztes, vertrauensärztliches Gutachten, Einkommenbescheinigung) ist dem Antrag ein Kostenvoranschlag über die durch das Heilmittel entstehenden Kosten beizufügen.

VII. **Zahnheilverfahren.** Die Reichsversicherungsanstalt gewährt in den Fällen, in welchen ein umfangreicherer Ersatz von Zähnen zur Abwehr drohender Berufsunfähigkeit notwendig wird, nach ihrem Ermessen auf Antrag einen Zuschuß bis höchstens zur Hälfte der durch einen einfachen Zahnersatz entstehenden Kosten. Es wird ausdrücklich bemerkt, daß für Zahnbehandlung Zuschüsse nicht bewilligt werden.

Dem Antrag, der ohne Benutzung eines Antragsformulars unmittelbar bei der Reichsversicherungsanstalt zu stellen ist, sind beizufügen:

a) eine kurze ärztliche Bescheinigung darüber, daß der Ersatz von Zähnen notwendig ist zur Vermeidung des Eintritts der Berufsunfähigkeit, z. B. infolge von Magenleiden oder Ernährungsstörungen,
b) ein Voranschlag eines Zahnarztes oder Zahntechnikers auf vorgeschriebenem Formular über Art und Ausdehnung des noch erforderlichen Zahnersatzes sowie über die Kosten.

Für die ärztliche Bescheinigung wird dem Antragsteller gegen Vorlage der Quittung des Arztes bis auf weiteres ein Zuschuß bis zu 3 M. gewährt.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, daß für bereits begonnene oder durchgeführte Zahnheilverfahren Kosten nicht erstattet werden.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und recht deutlich zu schreiben.

Versicherungsfreiheit der Nebenbeschäftigung einer Berufsarbeiterin.

1. Nach Breslau. Antwort: Wird eine Person, die ihren Haupterwerb aus der Näherei bezieht, nebenher noch als Haushälterin beschäftigt, so handelt es sich bei der letzteren Tätigkeit nur um vorübergehende Dienstleistungen, die nach der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 17. November 1913, I Ziff. 4 (Arb.-Vers. 1913 S. 848 f.) versicherungsfrei sind.

Umgehung des Krankenhauses.

2. Nach S. Frage: Es kommt mehrfach vor, daß sich erkrankte Mitglieder ohne unser Wissen in eine hiesige Privatklinik begeben und von uns Krankengeld verlangen. Wir erfahren von dieser Umgehung des hiesigen Krankenhauses meist nur zufällig, denn der behandelnde Kassenarzt, der mit dem Besitzer der Privatklinik gemeinsame Sache macht, bestätigt wöchentlich die Dauer der Erwerbsunfähigkeit und läßt uns völlig darüber im Unklaren, daß eigentlich nicht er, sondern der Privatklinik Inhaber, der kein Kassenarzt ist, den Patienten behandelt. Wir gestatten uns nun anzufragen, ob diesen Patienten das Krankengeld trotzdem zusteht und was wir gegen das nach unserem Dafürhalten ungesetzmäßige Handeln einiger Aerzte tun sollen? Beschwerde an die Aerztekammer?

Antwort: Von einer Umgehung des Krankenhauses kann nicht die Rede sein, wenn nicht die Kasse selbst Krankenhauspflege in einem bestimmten Krankenhause angeordnet hat. Auch eine Umgehung des Kassenarztes liegt nicht vor, wenn dieser sich regelmäßig von dem Zustande des Kranken überzeugt und die nötigen Anordnungen trifft, was sehr wohl geschehen kann, auch wenn der Kranke sich behufs besserer Pflege in die einem anderen Arzte gehörige Klinik begibt. Dieser Umstand berührt die Leistungspflicht der Kasse nicht, da diese ja nicht für die Kosten der Pflege, sondern nur für die Kosten der Behandlung durch den Kassenarzt und für das Krankengeld aufzukommen

Digitized by Google

hat. Nur darin liegt eine Regelwidrigkeit, daß die Kasse über den Aufenthalt des Kranken nicht unterrichtet wird. Sie hat daran wegen der ihr obliegenden Ueberwachung der Kranken ein dringendes Interesse und wird, je nach dem Inhalt der Krankenordnung, eine Strafe gegen den Versicherten verhängen können (§ 529 RVO.). Wir meinen aber auch, daß der Kassenarzt die Tatsache, daß der Kranke sich in einer Klinik befindet, der Kasse nicht vorenthalten darf, ohne sich dem Vorwurf auszusetzen, daß er zur Uebertretung der Krankenordnung Beihilfe leistet. Wir empfehlen, ihm dies vorzustellen und, wenn er dieser Vorstellung keine Folge gibt, Beschwerde zu führen.

Beginn der vierjährigen Wahlzeit der Kassenorgane.

3. Nach Adelnau. Antwort: Die vierjährige Wahlzeit der Kassenorgane (§ 16 RVO.) beginnt, ohne Rücksicht auf den Zeitpunkt der Wahl oder des Eintritts der Gewählten in ihre Funktionen, mit dem Ablauf der Wahlzeit der früheren Organe. Wo die Amtsdauer der früheren Vertreter in den Kassenorganen nach Ziff. 1 der Bekm. v. 8. November 1912 (Arb.-Vers. 1912 S. 840) bis Ende 1913 verlängert war, begann also die Wahlzeit der neuen Organe mit dem 1. Januar 1914. Das gleiche nehmen wir auch an in den Fällen, wo bis dahin Neuwahlen nach der Reichsversicherungsordnung noch nicht vollzogen waren und deshalb die Amtsdauer der bisherigen Organe nach Ziff. 2 der Bekm. noch weiter bis zum Zustandekommen von Neuwahlen, längstens aber bis zum 30. Juni 1914 als verlängert galt; denn diese Verlängerung hat die Bedeutung, daß dadurch nur die infolge der Verzögerung der Wahl eintretende Lücke entsprechend ausgefüllt werden sollte, wie dies durch § 16 Abs. 2 für andere Fälle vorgesehen ist. Die Wahlzeit bestimmt sich aber immer nach dem regelmäßigen Ablauf der Amtsdauer der bisherigen Vertreter. — Bei neuerrichteten Krankenkassen begann die Wahlzeit selbstverständlich mit dem 1. Januar 1914, auch wenn die Wahlen schon vorher vollzogen waren und ebenso wenn wegen der Verzögerung der Wahlen einstweilen das Versicherungsamt (nach der Bekm. v. 11. Juli 1913, Arb.-Vers. 1913 S. 538) die Geschäfte wahrzunehmen hatte.

Ein Gefangener, der Arbeitsverdienst erhält, ist nicht erwerbslos im Sinne des § 214 RVO; kein Ersatzanspruch des Fiskus gegen die Krankenkasse.

4. Nach D. Antwort: Beim Vorliegen der übrigen Voraussetzungen des § 214 RVO. kommt es allerdings nur darauf an, ob der Erkrankte bei der Erkrankung tatsächlich erwerbslos war; der Grund ist gleichgültig. Der Anspruch kann daher auch einem gefänglich eingezogenen zustehen. Das besagt aber nicht, daß jeder gefänglich Eingezogene erwerbslos ist. Wer im Gefängnis gegen Entgelt beschäftigt wird, ist tatsächlich nicht erwerbslos. Der Hinweis des Oberstaatsanwalts auf Hoffmann Anm. 3 zu § 165 ist verfehlt, weil dort nur bemerkt ist, daß die Beschäftigung eines Gefangenen nicht versicherungspflichtig ist. Die Erwerbslosigkeit wird aber keineswegs nur durch eine versicherungspflichtige, sondern durch jede Beschäftigung, die einen Lohn einträgt, ausgeschlossen. Als Lohn stellt sich auch der Verdienst des Gefangenen dar. Es ist irrig, wenn der Oberstaatsanwalt diesem Verdienste nur die Bedeutung eines „Geschenkes" beimißt, zu dessen Hingabe der Staat nicht verpflichtet sei. Richtig ist nur, daß der Verdienst nicht auf Grund eines Arbeitsvertrages gewährt wird. Um ihn aber als „Erwerb" anzusehen, dazu genügt es, daß er übungsgemäß gezahlt, und zwar für die Arbeit gezahlt wird. Zu vgl. übrigens Arb.-Vers. 1910 S. 427 Ziff. 7 und 1911 S. 301. — Vor allem aber kommt noch in Betracht, daß wenn ein Anspruch überhaupt begründet wäre, dieser Anspruch nur von dem Erkrankten selbst erhoben werden könnte. An einer gesetzlichen Vorschrift, die den Fiskus berechtigte, wegen der dem Gefangenen gewährten Krankenpflege Ersatz von der Kasse zu verlangen, fehlt es durchaus. Keine der Vorschriften in §§ 1527 ff. RVO. trifft auf einen solchen Fall zu.

Neuer Unterstützungsfall trotz derselben Krankheitsursache — Ablehnung einer Bestrafung durch das Vers.-Amt.

5. N. N. Antwort: a) B. hat vom 15. April dieses Jahres ab die volle satzungsmäßige Krankenunterstützung zu beanspruchen. Es liegt eine neue Erkrankung und damit auch ein neuer Unterstützungsfall vor, mag auch die Ursache dieselbe sein, die seine erste Erkrankung veranlaßte. Wir setzen natürlich voraus, daß er in der Zwischenzeit weder ärztlicher Behandlung bedurfte noch auch infolge des Leidens arbeitsunfähig war. Die Zeit vom 18. August 1913 bis 27. Januar 1914 darf also der am 15. April d. Js. begonnenen neuen Unterstützungsdauer nicht hinzugerechnet werden. § 188 RVO. ist nicht anwendbar, da die erste Unterstützung nicht 26 Wochen gedauert hat. b) Daß jemand, der von seinem Bruder in der Landwirtschaft gegen freien Unterhalt und einen Wochenlohn von 6 Mark beschäftigt wird, der Krankenversicherungspflicht unterliegt, kann in der Regel nicht gut zweifelhaft sein, und man sollte annehmen, daß zum mindesten eine fahrlässige Verletzung der Meldepflicht auf seiten des Landwirts, der seinen Bruder trotz Aufforderung bei der Kasse nicht anmeldete, vorgelegen habe. Aus welchen besonderen Umständen demnach das Versicherungsamt ein Verschulden verneinte und daher eine Bestrafung ablehnte, ist aus seinem Bescheid nicht ersichtlich. Wir können daher diesen auch nicht auf seine Richtigkeit prüfen.

Das Besoldungsdienstalter bestimmt sich nach dem Zeitpunkt der Anstellung, nicht nach dem Zeitpunkt des Erlasses der Dienstordnung.

6. Nach H. Antwort: Von der Anwendung des § 290 Abs. 2 RVO. auf den Angestellten einer Kasse, der schon vor der Neuordnung in ihrem Dienste stand und nach der Ausgestaltung in ihrem Dienste verblieben ist, kann nicht die Rede sein. Maßgebend sind vielmehr die Art. 34 ff. EinfGes. zur RVO. Nach Art. 34 gilt die Dienstordnung auch für die bei ihrem Erlasse schon vorhandenen Angestellten. Diese Vorschrift muß selbstverständlich, wie unter Umständen zuungunsten, so auch zugunsten der Angestellten Anwendung finden. Das für die Gehaltsbemessung maßgebende Dienstalter ist daher auch für die schon vorhandenen Angestellten vom Zeitpunkt ihrer Anstellung, nicht erst vom Zeitpunkt des Erlasses der Dienstordnung an zu bestimmen. Es

Digitized by Google

ist unverständlich, wie behauptet werden kann, daß mit dem Erlasse der Dienstordnung eine „völlig neue Anstellung" wirksam geworden sei. Es tritt nur eine Neuregelung des bisherigen, fortdauernden Dienstverhältnisses in Kraft, und eben diese Regelung besagt, daß und wie die Gehaltsverhältnisse sich nach der Zeit der Anstellung bestimmen, gleichviel ob diese vor oder nach der Neuregelung erfolgt ist.

Versicherungsfreie Aushilfsleistung eines selbständigen Meisters.

7. Nach Alzey. Antwort: Daß F. selbständiger Glasermeister ist, würde seinem vorübergehenden Eintritt in ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis bei einem anderen Glasermeister an sich nicht entgegengestanden haben. Wenn aber die Angaben des St. richtig sind, so halten wir die Annahme eines solchen Verhältnisses nach den besonderen Umständen für ausgeschlossen. F. sprang aus Gefälligkeit ein, weil die Arbeit bei St. sich häufte. Die Aushilfsleistung würde, wenn F. nicht gleich am ersten Tage verunglückt wäre, schätzungsweise 3 oder 8 oder höchstens 10 Tage gedauert haben; aber es bestand überhaupt keine zeitliche Bindung, und F. konnte, wenn er bei seiner täglichen Rückkehr nach Haus durch eigene Arbeiten in Anspruch genommen worden wäre, am nächsten Tage einfach ausbleiben. Eine bestimmte Lohnabrede war nicht getroffen. Danach hat es dem F. sicher fern gelegen, in ein Lohnarbeitsverhältnis zu St. zu treten. Er hat die Arbeit bei St. in Ausübung seines selbständigen Gewerbes geleistet und war nicht versicherungspflichtig.

Ein Angestellter, dem die Pflichten nach § 534 RVO. übertragen sind, muß auch sich selbst anmelden; Folgen der Versäumung.

8. Nach Kempen (Rhl.). Antwort: Der Angestellte, dem der Arbeitgeber die Pflichten nach § 534 RVO. übertragen hatte, mußte selbstverständlich auch sich selbst anmelden, da er versicherungspflichtig war. Von der Anmeldung ist aber die Leistungspflicht der Kasse nicht abhängig. Der Anspruch an die Kasse besteht auch, wenn der Erkrankte die Anmeldung absichtlich unterlassen hätte. Die Höhe des Anspruchs bestimmt sich nach der Satzung; Kosten der Krankenpflege können aber nicht gefordert werden, wenn eine nicht gerechtfertigte Umgehung des Kassenarztes vorlag. Der Angestellte ist nach §§ 531, 534 Abs. 2 und 3 strafbar und kann außerdem von der Kasse mit Strafbeiträgen bis zum Fünffachen der rückständigen Beiträge belegt werden. Unter den im § 534 festgestellten Voraussetzungen ist auch der Arbeitgeber strafbar und für die Strafbeiträge haftbar. Dem Angestellten können die Strafbeiträge vom Krankengeld abgezogen werden (§ 223).

a) Unfallzuschuß bei Krankenhauspflege. b) Krankengeld neben Unfallrente. c) Anwendung des § 222 RVO. auf Unfälle aus der Zeit vor dem 1. Januar 1914.

9. Nach Brandenburg (Havel). Antwort: a) Nur das Krankengeld ist nach § 573 RVO. zu erhöhen. Gewährt die Kasse Krankenhauspflege und ist daneben ein Krankengeld (Hausgeld, Taschengeld) nicht zu zahlen, so ist auch ein Unfallzuschuß nicht zu gewähren.

b) die Leistungspflicht der Kasse bleibt an sich auch über die 13. Woche nach dem Unfall hinaus bestehen (§ 1501). Das gilt auch, wenn die Berufsgenossenschaft bereits eine Rente zahlt. Die Kasse kann aber in diesem Falle auf ihre Leistungen die Unfallentschädigung nach näherer Bestimmung des § 1510 (mit § 1501) anrechnen.

c) Die Kostenerstattungspflicht der ersuchenden Kasse aus § 222 RVO. entsteht erst durch die Aushilfsleistung der ersuchten Kasse. Soweit die Leistung in die Zeit nach dem 31. Dezember 1913 fällt oder doch sich auf diese Zeit bezieht, ist daher der Erstattungsanspruch nach dem neuen Rechte zu bemessen, so daß für Krankenpflege nur $^{5}/_{8}$ des Grundlohns zu zahlen sind, auch wenn der Versicherungsfall vor dem 1. Januar 1914 eingetreten ist.

Wann wird die Ermäßigung der Beiträge gemäß § 420 RVO. wirksam?

10. Nach Pyritz. Antwort: Die Ermäßigung der Beiträge gemäß § 420 tritt mit dem Eingang des Antrages ein, wie man in entsprechender Anwendung des § 418 Abs. 3 wird annehmen dürfen. Unberührt aber müssen von dem Antrage bleiben Unterstützungsansprüche, die bereits vorher entstanden waren. Infolgedessen hat in Ihrem Falle der Versicherte auch über den 5. Juni hinaus, den Tag, an welchem der Antrag bei der Kasse einging, Krankengeld zu verlangen, weil er bereits am 8. Mai erkrankt war.

Zwangsweise Erhöhung der Beiträge für die hausgewerbliche Krankenversicherung.

11. Nach Münchberg. Antwort: Die Vorschrift in § 481 Abs. 1 RVO. ist zwingend. Erweist sich die Bemessung der Beiträge der hausgewerblichen Mitglieder als nicht ausreichend im Sinne des § 481 Abs. 1, so müssen, falls eine Minderung der Kassenleistungen nicht angängig ist, die Beiträge erhöht werden (§ 387). Die erforderliche Satzungsänderung kann nötigenfalls nach § 326 erzwungen werden. — Bis auf weiteres erledigt sich die Frage durch die inzwischen erfolgte Aufhebung der hausgewerblichen Krankenversicherung für die Dauer des Krieges.

Fortsetzung der Mitgliedschaft arbeitsfähiger Kranker, die aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheiden.

12. Nach Emden. Antwort: Ihre Annahme, daß auch Arbeitsfähige, die aus der Beschäftigung ausscheiden, solange, wie sie wegen bestehender Krankheit Leistungen von der Kasse zu beanspruchen haben, Mitglieder bleiben, ist irrig. § 311 RVO. spricht nur von Arbeits u n fähigen. Wohl aber haben die arbeitsfähigen Kranken das Recht der freiwilligen Weiterversicherung gemäß § 313 RVO. Machen sie davon Gebrauch, so müssen sie die vollen Beiträge allein zahlen, der bisherige Arbeitgeber braucht dazu ein Drittel nicht beizutragen (§ 381 Abs. 3). Zahlen sie die Beiträge nicht pünktlich (§ 314), so erlischt die freiwillige Mitgliedschaft. Hierfür ist es unerheblich, ob sie nicht zahlten, weil sie nicht wollten oder, z. B. wegen Mangels an Geldmitteln, nicht

Digitized by Google

konnten. (Vgl. Hahn, Handb. der Kr.-Verf., Anm. 1a zu § 314 RVO.) Mit dem Erlöschen der Mitgliedschaft erlischt natürlich auch die Verpflichtung zu weiterer Beitragszahlung.

Unzulässige Gehaltskürzung wegen einer Unfallrente bei voller Beschäftigung.

13. Nach Cöln. Antwort: Ein Angestellter, der seine volle Tätigkeit ausübt, kann nicht vom Arbeitgeber gezwungen werden, diesem den ihm auf Unfallrente zustehenden Anspruch mit Genehmigung des Versicherungsamtes gemäß § 119 Abs. 2 RVO. zu übertragen. Der Arbeitgeber darf auch die Rente nicht vom Gehalt abziehen. Denn, wie Sie selbst richtig bemerken, kommt § 616 Satz 2 BGB. nur zur Anwendung, wenn der Angestellte an der Dienstleistung verhindert ist. Besitzt er nicht mehr seine volle Leistungsfähigkeit, so bleibt dem Arbeitgeber, wenn er die Unfallrente berücksichtigen will, nichts andres übrig, als jenem zu kündigen und ihm einen neuen Anstellungsvertrag mit einem um die Rente niedrigeren Gehalt vorzuschlagen. Besteht aber wieder volle Leistungsfähigkeit, so kommt die Entziehung der Rente durch die Berufsgenossenschaft in Frage.

Irrtümliche Anerkennung der Ersatzforderung einer Gemeinde.

14. Nach B.-Sch. Frage: Ein bis zum 28. Januar 1914 unserer Kasse als Mitglied angehörendes Mädchen wurde am 9. März wegen einer Fehlgeburt in das städtische Krankenhaus aufgenommen und dort bis 19. März behandelt. Am 23. März teilten wir dem Städtischen Einziehungs-Bureau auf Anfrage in der irrtümlichen Annahme, die Patientin sei am 9. März noch unser Mitglied gewesen, mit, daß wir zur Erstattung der Kosten bereit seien. Nach Feststellung des Sachverhalts zogen wir aber diese Erklärung zurück. Die Stadt besteht indessen auf Zahlung, da ein Vertrag vorliege, der nur wegen Irrtums angefochten werden könne.

Antwort: Ihre Kasse ist zur Zahlung nicht verpflichtet. Sie brauchte, da das Mädchen nicht mehr Mitglied war, der Stadt die Kosten nicht zu erstatten. Wenn sie trotzdem die Verpflichtung, und zwar irrtümlich, anerkannte, so wurde dadurch die Stadt auf Kosten der Kasse ungerechtfertigt bereichert. Diese hat daher einen Anspruch auf Befreiung von der Schuld und kann ihn auch einredeweise geltend machen, indem sie die Zahlung verweigert. Dies folgt aus den §§ 812 Abs. 1 und 2, 821 BGB.

Kürzung der Leistungen wegen anderweiter Versicherung im Falle der Krankenhauspflege.

15. Nach Offenbach. Antwort: Das Hausgeld ist ein Krankengeld und unterliegt daher der Kürzung nach § 189 RVO. insoweit, als es zusammen mit dem Krankengelde, das der Versicherte noch aus einer anderen Versicherung erhält, den durchschnittlichen Tagesverdienst übersteigen würde (Arb.-Verf. 1911 S. 24 Ziff. 15). Das Hausgeld schlechthin einzubehalten, wenn der Versicherte neben der ihm von der Zwangskasse gewährten Krankenkasse noch Krankengeld aus Zuschußkassen bezieht, läßt sich nach dem Gesetze nicht rechtfertigen. Worauf ein Recht der Krankenkasse, von den Bezügen aus der Zuschußkasse einen Teil zur Deckung ihrer Krankenhauskosten in Anspruch zu nehmen, gegründet werden soll, ist ganz unerfindlich. Weder die Reichsversicherungsordnung noch das bürgerliche Recht bieten eine Handhabe für eine solche Konfiskation der Zuschußleistung, die sich der Versicherte auf eigene Kosten beschafft.

a) Ersatzanspruch der Krankenkasse gegen den Schädiger (§ 1542 RVO.). b) Keine Haftung des Konkursverwalters wegen Nichtabmeldung schon vorher entlassener Arbeiter. c) Ueberweisung Arbeitsunfähiger bei Schließung der Gemeindekrankenversicherung.

16. Nach Erlangen. Antwort: a) Wenn die Kasse gegen den minderjährigen Täter einen Anspruch auf Grund des § 1542 RVO hat, so ist vollständig unklar, wie für diesen Anspruch auf Grund der §§ 1654, 1660 BGB. der Vater des Minderjährigen haftbar gemacht werden soll. Die Schuld aus der unerlaubten Handlung ist doch keine Last, welche irgendwie mit dem der Nutznießung des Vaters unterliegenden Vermögen seines Kindes zusammenhängt. Der Vater kommt also nur als gesetzlicher Vertreter des Kindes, nicht als Selbstschuldner in Betracht. Der von ihm mit dem Versicherten ohne Zuziehung der Kasse geschlossene Vergleich ist der Kasse gegenüber unwirksam, denn der Anspruch des Versicherten gegen den Täter war nach § 1542 RVO. sofort mit seiner Entstehung auf die Kasse übergegangen; nur wenn der Vater bei Abschluß des Vergleichs nicht gewußt hätte, daß es sich um einen Versicherten handelt, der wegen der Verletzung auch Anspruch auf Kassenleistungen hatte, müßte die Kasse den Vergleich gegen sich gelten lassen (zu vgl. Entsch. d. Reichsger. 1910 S. 192).

b) Der Konkursverwalter ist nicht verpflichtet, die schon vor der Konkurseröffnung entlassenen Arbeiter abzumelden, und haftet daher nicht für Beiträge aus der Zeit von der Konkurseröffnung an (Entsch. des bayr. VGH. in Arb.-Verf. 1906 S. 114, vgl. auch das. S. 234). Die bis zur Konkurseröffnung fällig gewordenen Beiträge können aber zur Masse angemeldet werden.

c) Daß alle erwerbsunfähigen Versicherten bei Schließung der Gemeindekrankenversicherungen den Ortskrankenkassen überwiesen wurden, ist allerdings nicht gerechtfertigt. Aber wenn trotz der Arbeitsunfähigkeit das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis noch bestand, so war allerdings die Ueberweisung nach Art. 14 EinfGes. und § 301 RVO. begründet (Hahn, Handb. S. 408 Anm. 2 zu § 301); und ebenso begründet ist es, daß in solchen Fällen die Pflicht zur weiteren Leistung vom 1. Januar 1914 ab gemäß § 212 RVO. auf die Ortskrankenkassen überging (zu vgl. Arb.-Verf. 1914 S. 243).

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel
Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Dippe; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe; Geh. Regierungsrat Professor Dr. Laß, Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Rat Dr. Olshausen; Geheimrat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1075 der ganzen Folge

31. Jahrgang | 1. September 1914 | Heft 25

Zur Anwendung des § 384 Abs. 1 RVO.

Vom Wirklichen Geheimen Ober-Regierungsrat Dr. **Hoffmann** in **Berlin.**

Bei der dritten Lesung der Novelle zum Krankenversicherungsgesetz vom 10. April 1892 im Plenum des Reichstages (Sten. Ber. S. 4768) wurde ohne weitere Erörterung dem § 22 des Gesetzes folgender dritter Absatz hinzugefügt:

„Ortskrankenkassen, welche für verschiedene Gewerbszweige oder Betriebsarten errichtet sind, können die Höhe der Beiträge für die einzelnen Gewerbszweige und Betriebsarten verschieden bemessen, wenn und soweit die Verschiedenheit der Gewerbszweige und Betriebsarten eine erhebliche Verschiedenheit der Erkrankungsgefahr bedingt. Festsetzungen dieser Art bedürfen der Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde."

Veranlaßt wurde diese Ergänzung durch eine Entscheidung des Preuß. OVG. vom 9. Dezember 1886 (Entsch. Bd. 14 S. 365), in der es für unzulässig erklärt war, die Kassenbeiträge nach verschiedenen Prozentsätzen des durchschnittlichen Tagelohns, insbesondere gegenüber verschiedenen Mitgliederklassen zu bemessen. Das OVG. folgerte die Unzulässigkeit einer solchen Abstufung der Beiträge aus der Vorschrift des § 22 Abs. 1 KVG., welcher lautet:

„Die Beiträge zu den Ortskrankenkassen sind in Prozenten des durchschnittlichen Tagelohns (§ 20) so zu bemessen, daß sie unter Einrechnung der etwaigen sonstigen Einnahmen der Kasse ausreichen, um die statutenmäßigen Unterstützungen, die Verwaltungskosten und die zur Ansammlung oder Erzeugung des Reservefonds (§ 32) erforderlichen Rücklagen zu decken."

Die Vorschrift würde nach Meinung des OVG. nahezu bedeutungslos sein und erst einen Inhalt mit § 31 a. a. O. erlangen, nach welchem der Regel nach kein Mitglied zu höheren Beiträgen als 2 oder 3 vom Hundert des durchschnittlichen Tagelohns herangezogen werden dürfe. Es sei, wie auch ein Vergleich mit dem Hilfskassengesetz ergebe, nicht anzunehmen, daß nach Absicht des Gesetzgebers die Krankenkassen befugt sein sollten, innerhalb dieser Grenze nicht nur die verschiedenen Klassen der Kassenmitglieder mit verschiedenen Prozentsätzen zu belasten, um auf diesem Wege zu bewirken, daß die von der einzelnen Klasse aufzubringenden Beiträge weder mehr noch weniger betragen als die der Klasse zufließenden Kassenleistungen, sondern auch von Mitgliedern derselben Klasse nach der Verschiedenheit des Geschlechts, des Alters, des Gesundheitszustandes, des Lebensalters der Beschäftigung usw. abgestufte Beiträge zu erheben, um die Leistung des einzelnen Mitglieds der aus der Höhe der Erkrankungsgefahr desselben resultierenden Gegenleistung der Kasse anzupassen.

Die Vorschrift des § 22 Abs. 1 KVG. ist in den § 385 Abs. 1 RVO. übergegangen, der lautet:

„Die Beiträge sind in Hundertsteln des Grundlohns so zu bemessen, daß sie, die andern Einnahmen eingerechnet, für die zulässigen Ausgaben der Kasse ausreichen."

Es muß daher angenommen werden, daß

Digitized by Google

dieser Vorschrift die gleiche Bedeutung zukommt, wie dem § 22 Abs. 1 KVG., daß also grundsätzlich die Beiträge für alle Kassenmitglieder nach gleichen Hundertsteln bemessen werden müssen, und daß die Verschiedenheit in den Beiträgen nur durch Lohnklassen oder Lohnstufen (§ 180 RVO.) oder durch die von der RVO. eingeführte Bestimmung des Ortslohns als Grundlohn neben anderen Grundlöhnen und umgekehrt (§ 181 Abs. 2, 3 RVO.) erreicht werden darf, soweit nicht besondere Ausnahmen zugelassen sind.

Während in dem Gesetz betr. die Krankenversicherung der Arbeiter vom 15. Juni 1883 (Rgbl. S. 73) jede Ausnahme fehlte, wurde durch die obenerwähnte Ergänzung des § 22 gelegentlich der Novelle vom 10. April 1892 eine wichtige Ausnahme von dem Grundsatz der gleichmäßigen Bemessung der Beiträge durch die Zulassung der Bildung von Gefahrklassen bei gemeinsamen Ortskrankenkassen für verschiedene Gewerbszweige oder Betriebsarten in das Gesetz eingeführt. Diese Ausnahme ist von der Reichsversicherungsordnung beibehalten, zugleich aber dadurch erweitert worden, daß der Kassenvorstand bei einzelnen gefährlichen Betrieben auf Grund einer allgemeinen Ermächtigung durch die Satzung den Arbeitgeber allein mit höheren Beiträgen belasten darf. Der entsprechende § 384 Abs. 1 lautet:

> „Die Satzung kann die Höhe der Beiträge nach den Erwerbzweigen und Berufsarten der Versicherten abstufen und eine höhere Bemessung der Beitragsteile des Arbeitgebers für einzelne Betriebe zulassen, soweit die Erkrankungsgefahr erheblich höher ist."

Vergleicht man den Wortlaut dieses Paragraphen mit demjenigen des § 22 Abs. 1 KVG., so fällt zunächst als Unterschied auf, daß nach dem Krankenversicherungsgesetz nur gemeinsame Ortskrankenkassen für verschiedene Gewerbszweige oder Betriebsarten sowie entsprechende Betriebs- und Innungskrankenkassen (§§ 22, 64, 73) Gefahrklassen einführen konnten, während nach der Reichsversicherungsordnung hierzu alle Krankenkassen befugt sind. Es ist aber zu beachten, daß diese Befugnis für Betriebskrankenkassen, für besondere Ortskrankenkassen für ein einzelnes Gewerbe oder für eine einzelne Betriebsart, für Innungskrankenkassen, die nicht für gemeinsame Innungen errichtet sind, keine Bedeutung hat. Sie kommt in erster Linie für Allgemeine Ortskrankenkassen in Betracht. Die Ersetzung der Worte „Gewerbszweige und Betriebsart" durch die Worte: „Erwerbszweig" und „Berufsart" hängt mit der Erweiterung der Versicherungspflicht zusammen.

Ein weiterer Unterschied besteht darin, daß der Arbeitgeber eines gefährlichen Betriebes mit Sonderzuschlägen belastet werden darf, wenn die Satzung dies zuläßt.

Fraglich ist es, ob auch insofern ein Unterschied besteht, als nach § 384 alle beliebigen Abstufungen der Beiträge zulässig sind, auch wenn eine besondere Gefährlichkeit des Betriebes nicht vorliegt, und ob insbesondere Mitglieder, die als besonders gute Versicherungsrisiken angesprochen werden können, mit niedrigeren Beiträgen belastet werden dürfen, mit anderen Worten, ob die Voraussetzung für die Anwendbarkeit des § 384 Abs. 1, die in den Worten: „soweit die Erkrankungsgefahr erheblich höher ist", sich auch auf den ersten Fall der allgemeinen Erhebung von Beiträgen für erhöhte Betriebsgefahr oder nur auf den Fall der Sonderbelastung einzelner Arbeitgeber bezieht.

Schon nach dem Wortlaute des § 384 Abs. 1 kann es eigentlich keinem begründeten Zweifel unterliegen, daß die allgemeine Erhebung von verschieden bemessenen Beiträgen nach dem Vorgange im KVG. § 22 nur zulässig ist, soweit es sich um gefährliche Betriebe handelt. Würde die Bedingung an die Spitze des Paragraphen gestellt sein, würde also der § 384 so anfangen: „Soweit die Erkrankungsgefahr erheblich höher ist, kann die Satzung usw.", so würde niemand auf den Gedanken kommen, daß diese Voraussetzung nicht für beide im § 384 Abs. 1 behandelten Fälle maßgebend ist. Durch die Stellung am Ende des Paragraphen kann naturgemäß der gesetzgeberische Gedanke nicht beeinflußt werden. Wäre eine Aenderung gegenüber dem

Digitized by Google

im wesentlichen gleichlautenden § 22 Abs. 1 KVG. beabsichtigt, so hätte das zum mindesten in der Begründung erwähnt werden müssen. Hier ist aber nur von der Aenderung die Rede, die durch die Einschiebung der Worte: „und eine höhere Bemessung der Beitragsteile des Arbeitgebers für einzelne Betriebe zulassen", in den alten § 22 Abs. 1 KVG. herbeigeführt worden sind, und zwar gleichfalls für gefährliche Betriebe (S. 222):

„Die erhöhte Krankheitsgefahr, die ein einzelner Betrieb vermöge eigener Besonderheiten bietet, kann nach dem Krankenversicherungsgesetze dadurch berücksichtigt werden, daß der Unternehmer angehalten wird, eine eigene Betriebskrankenkasse zu errichten (vgl. §§ 60, 61 KVG.). Da der Entwurf diese Art einer zwangsweisen Errichtung von Betriebskrankenkassen vom Gesichtspunkt der Zentralisation aus beseitigt hat, so muß er, um eine unbillige Belastung der weniger gefährdeten Betriebe zu vermeiden, eine Ersatzvorschrift treffen, die höhere Beiträge für Betriebe mit erhöhter Krankheitsgefahr zuläßt. Weil es sich dabei um Einzelfälle handelt, welche die Satzung im voraus nicht zu übersehen vermag, so kann diese die Erhöhung für die Einzelbetriebe nicht selbst festsetzen, wie sie es für Erwerbzweige und Berufsarten tun kann. Vielmehr wird die Satzung nur dem Kassenvorstand eine Ermächtigung zu erteilen haben, die sie nach der Art der Fälle und den Grenzen der zulässigen Höherbelastung näher umschreiben muß. Dabei wird zweckmäßig zugleich zu bestimmen sein, für welchen Zeitraum eine solche Höherbelastung der Betriebe zu gelten hat und unter welchen Voraussetzungen und in welchen Zwischenräumen dem Arbeitgeber gestattet sein soll, wegen veränderter Verhältnisse auf Zurücknahme der Anordnung anzutragen. Der mit höheren Beiträgen belastete Unternehmer muß ein Rechtsmittel haben, um dartun zu können, daß die satzungsmäßigen Voraussetzungen der Höherbelastung für seinen Betrieb nicht oder nur in geringerem Grade zutreffen. Da die Satzungsbestimmung selbst der Genehmigung des Oberversicherungsamts bedarf, so wird dieses dafür sorgen, daß dabei die Voraussetzungen hinreichend klargestellt werden. Deshalb genügt es, wenn hier nur eine Instanz zugelassen wird."

Aus der Gegenüberstellung der gefährlichen Einzelbetriebe zu den gefährlichen Erwerbzweigen und Berufsarten geht klar hervor, daß sich der ganze Absatz des § 384 nur auf Erwerbzweige oder Berufsarten mit erhöhter Krankheitsgefahr bezieht.

Neuerdings wird versucht, dem § 384 Absatz 1, soweit es sich um die Belastung ganzer Erwerbzweige oder Berufsarten handelt, eine andere Auslegung zu geben, damit die Beiträge für die Versicherung der Dienstboten möglichst niedrig bemessen werden können, wobei von der Annahme ausgegangen wird, daß diese ein besonders günstiges Versicherungsrisiko seien. Gegen diesen Versuch spricht nicht nur die Entstehungsgeschichte des § 384 RVO., sondern vor allem auch die Erwägung, daß damit eine invidiuelle Behandlung der einzelnen Erwerbszweige oder Berufsarten Platz greifen würde, die gegen den Grundgedanken der Zwangsversicherung verstoßen und der Willkür der Kassen Tür und Tor öffnen würde. Denn was für die Dienstboten für zulässig erachtet wird, kann anderen Erwerbzweigen oder Berufen nicht vorenthalten werden*). Es gäbe damit ein unübersehbares Durcheinander an Beitragsmöglichkeiten. Daß dies der Absicht der Gesetzgebung nicht entsprechen kann, ergeben auch die Vorschriften der §§ 389, 390 RVO., die dem KVG. § 33 nachgebildet sind. Diese wären überhaupt nicht durchführbar, wenn nicht für alle Beiträge ein gleicher Zuschlag zum Grundlohn Bedingung wäre. Allerdings darf nicht übersehen werden, daß die RVO. das klare System des KVG. insofern gestört hat, als die Beiträge der Hausgewerbtreibenden besonders festgesetzt werden, daß also hier nicht nur ein von den übrigen Beiträgen abweichender Zuschlag zulässig ist, sondern auch keine Höchstgrenze für die Zuschläge (§ 390) vorgesehen ist. Jedenfalls scheiden die Beiträge der Hausgewerbtreibenden bei Aufführung der §§ 389, 390 aus.

Schon bei der Beratung des Gesetzes betr. die Krankenversicherung der Arbeiter vom 15. Juni 1883 wurde eine solche individuelle Behandlung von Erwerbzweigen oder Berufen bei gemeinsamen Ortskrankenkassen als mit dem Wesen der Zwangsversicherung unvereinbar von der Mehrheit des Reichstages abgelehnt (Sten. Ber. 1882 S. 2107). Der Abgeordnete Dr. Hirsch hatte sich gegen die

*) Anm. der Schriftleitung: Zu vgl. unsere Auskunft S. 368 Ziff. 11.

Digitized by Google

Vorschriften des Entwurfes gewandt, nach denen den Angehörigen der Kassenmitglieder Krankenpflege oder Sterbegeld als Mehrleistung durch die Satzung zugebilligt werden, wobei er darauf hingewiesen hatte, daß dadurch Mitglieder, die eine Familie, besonders eine starke Familie hätten, bei gleichen Beiträgen viel höhere Rechte erhielten, als die anderen. Es sei ungerecht, die ledigen Mitglieder zugunsten der Familien der verheirateten Mitglieder höhere Lasten aufzuerlegen. Der Antrag des Abgeordneten auf Streichung dieser Vorschriften wurde abgelehnt, nachdem der Abgeordnete Dr. Hammacher unter Zustimmung der Vertreter der verbündeten Regierungen entgegnet hatte:

„Der Unterschied zwischen dem Standpunkte der Majorität des Reichstages und dem des Abgeordneten Dr. Hirsch ist der, daß, während Herr Dr. Hirsch bei den Versicherungen individualisieren will, die Majorität des Reichstages sich auf den Boden des sozialpolitischen Gedankens gestellt hat. Will Kollege Hirsch das, was er uns hier wiederholt vorträgt, durchführen, weshalb schlägt derselbe nicht vor, auch einen Unterschied zu machen bezüglich des Alters, weshalb verwirft er dann nicht das Gesetz aus dem Grunde, weil es keinen Unterschied macht zwischen den körperlich Schwachen und den körperlich Starken. Nein, meine Herren, aus dem Gedanken heraus, aus dem wir überhaupt den Boden dieses Gesetzes betreten, ergibt sich auch die Notwendigkeit unserer Stellung zu dem gegenwärtigen Paragraphen."

Nachdem durch die Reichsversicherungsordnung die allgemeinen Ortskrankenkassen als die grundlegende Kassenform eingeführt worden sind, und damit in verstärktem Maße der Grundsatz zur Geltung gebracht werde, daß die Zwangsversicherung auf breitester Grundlage durch Ausgleich der guten und schlechten Versicherungsrisiken durchgeführt werden soll, muß, soweit das Gesetz nicht ausdrücklich Ausnahmen zuläßt, daran festgehalten werden, daß von allen Kassenmitgliedern als Beiträge gleiche Hundertstel des Grundlohns erhoben und daß Verschiedenheiten in den Beiträgen und Leistungen nur durch verschiedene Bestimmung des Grundlohns herbeigeführt werden dürfen. Abgesehen von den Zuschlägen für gefährliche Betriebe nach Maßgabe des § 384 Abs. 1 kennt die Reichsversicherungsordnung als Besonderheit die Erhebung von Zusatzbeiträgen für die Gewährung der Familienhilfe (§ 384 Abs. 3) und die Zulässigkeit des Verbleibens in einer höheren Lohnklasse bei Versicherten, die vorübergehend einen geringeren Lohn beziehen. Als Besonderheiten in der Bemessung der Beiträge sind noch nachstehende Vorschriften der Reichsversicherungsordnung zu erwähnen, von denen die unter a, b aufgeführten bereits in dem Gesetz betr. die Unfall- und Krankenversicherung der in land- und forstwirtschaftlichen Betrieben beschäftigten Personen vom 5. Mai 1886 (RGBl. S. 132) enthalten waren:

a) Der § 420, wonach die Kassenbeiträge für landwirtschaftliche Arbeiter unter bestimmten Voraussetzungen bei Wegfall des Krankengeldes ermäßigt werden können.

b) Der § 421, wonach die Kassenbeiträge für landwirtschaftliche Arbeiter ermäßigt werden können, wenn die Versicherten in Krankheitsfällen nach ihrem Arbeitsvertrage geringere Sachleistungen oder ein geringeres Entgelt als den dreihundertfachen Betrag des satzungsmäßigen täglichen Krankengeldes beziehen.

c) Der § 423, wonach bei landwirtschaftlichen Arbeitern die Beiträge ermäßigt werden müssen, wenn sie nach der Satzung der Landkrankenkasse, wegen Bezugs einer dauernden jährlichen Rente mindestens im 300fachen Betrage des satzungsmäßigen täglichen Krankengeldes kein Krankengeld erhalten.

d) Der § 424, wonach die Beiträge für die landwirtschaftlichen Arbeiter im Winterhalbjahr zu kürzen sind, wenn nach der Satzung der Landkrankenkasse in dieser Zeit ein geringeres Krankengeld gezahlt wird.

e) Der § 447 Abs. 3, § 468 wonach die Satzung Beiträge und Leistungen für die sich weiterversichernden unständigen

Digitized by Google

Arbeiter und hausgewerblichen Versicherungspflichtigen nach freiem Ermessen bestimmen darf.

f) Der § 450, wonach die Beiträge und Leistungen für unständige Arbeiter stets nach dem Ortslohn festgesetzt werden und die Sätze des Ortslohnes für einzelne Gruppen durch Zuschläge erhöht werden können.

g) Der § 462, wonach die Beiträge der im Wandergewerbe beschäftigten Personen gekürzt werden können, wenn die Kasse anderen Mitgliedern Mehrleistungen gewährt.

h) Der § 480, wonach die Beiträge der hausgewerblich Versicherungspflichtigen durch die Satzung nach dem Ortslohn besonders festgestellt werden.

i) Der § 494, wonach die Beiträge für Lehrlinge, die ohne Entgelt beschäftigt werden, entsprechend ermäßigt werden müssen.

Wenngleich aus diesen Vorschriften hervorgeht, daß die RVO. in erheblich weiterem Umfange die individuelle Behandlung der Versicherten bei der Krankenversicherung für angemessen und zweckmäßig ansieht, als die bisherige Gesetzgebung, so ergibt sich doch auf anderer Seite aus ihnen, daß weitere Ausnahmen von der Grundregel, daß die Beiträge für alle Mitglieder einer Kasse nach einem gleichen Maßstabe unter Zugrundelegung des Grundlohnes bemessen werden sollen, unbedingt unzulässig sind. Denn es hätte der Anführung dieser Ausnahmen nicht bedurft, wenn die Kassen ohnehin befugt wären, die Beiträge nach freiem Belieben festzusetzen. Dabei mag ganz dahingestellt bleiben, ob die Sondervorschriften der RVO. über die Beiträge für einzelne Erwerbszweige durchweg mit den Grundprinzipien der Zwangsversicherung vereinbar oder sachlich gerechtfertigt sind.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Gleichmäßige Verteilung der verfügbaren Unfallrentenbeträge unter mehrere Ersatzberechtigte.

Bescheid des Preuß. Oberverwaltungsgerichts, 3. Senats, v. 26. Februar 1914.

Die Beklagte A. W. bezieht von der mitbeklagten Berufsgenossenschaft eine Unfallrente von 26,40 M., von dem gleichfalls mitbeklagten Knappschaftsverein eine Invalidenrente von 7,55 Mark monatlich und wird außerdem von dem Kläger, dem Landarmenverbande, im Wege der Armenpflege mit einem Kostenaufwande von 1,80 Mark täglich in der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt unterhalten. Der Kläger behauptet, daß der § 25 Abs. 5 GUVG. ihm hinsichtlich der Ersatzberechtigung einen Vorrang einräume und daß er, da er fortlaufend Unterhalt in einer Anstalt gewähre, die Ueberweisung der vollen Unfallrente beanspruchen dürfe, während der Knappschaftsverein dem Kläger zwar einen unbeschränkten Anspruch auf die eine Hälfte der Unfallrente zugesteht, an der zweiten Hälfte aber neben dem Kläger nach dem Verhältnisse der beiderseitigen, noch ungedeckten Ersatzforderungen teilnehmen will. Im Sinne dieser vom Knappschaftsverein vertretenen Rechtsauffassung hat der Bezirksausschuß entschieden. Die von dem Kläger dagegen noch eingelegte Revision ist zurückgewiesen worden.

Der von dem Kläger erhobene Anspruch besteht nicht. Weder der § 25 GUVG*) noch eine sonstige Gesetzesbestimmung bildet einen Anhalt dafür, daß bei dem Vorliegen einer Mehrzahl von Berechtigungen, durch die Ueberweisung von Unfallrentenbeträgen Ersatz zu erlangen, einer der mehreren Berechtigten grundsätzlich Befriedigung unter Ausschluß der übrigen fordern dürfe. Demgemäß ist es in täglicher Uebung, daß die für Ersatzleistung zur Verfügung stehenden Unfallrentenbeträge an die mehreren Ersatzberechtigten verteilt werden. Der Ersatzanspruch desjenigen, welcher fortlaufend Unterhalt in einer Anstalt gewährt, unterscheidet sich nur dem Umfange, aber nicht der Art nach von den übrigen Ersatzansprüchen. Um ihn seiner Art nach aus den übrigen Ersatzansprüchen herauszuheben und ihm einen Vorrang vor diesen zu verleihen, bedürfte es einer dahin gehenden Gesetzesvorschrift. An einer solchen fehlt es aber.

*) Ebenso jetzt §§ 1528, 1531, 1534.

Digitized by Google

B. Zur Krankenversicherung.

Gemeinsame Meldestellen (§ 319 Abs. 2 RVO.).

Erlaß des preuß. Ministers für Handel und Gewerbe v. 7. August 1914 (HMBl. S. 443).

Der § 319 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung bestimmt nicht, wem die Verteilung der Kosten der Meldestellen und die Festsetzung ihrer Höhe zusteht. Es entspricht aber der Absicht des Gesetzes, wenn das Versicherungsamt diese Aufgaben übernimmt. Die Bezahlung der auf die einzelnen Kassen entfallenden Beträge kann durch das Versicherungsamt als Aufsichtsbehörde nach § 377 a. a. O. erzwungen werden. Im Beschwerdefalle würde daher das Reichsversicherungsamt in letzter Instanz zu entscheiden haben, ob neben sächlichen Kosten auch persönliche Kosten (Remunerationen für die beteiligten Beamten usw.) umgelegt werden können. Vorbehaltlich einer solchen Entscheidung nehme ich in Uebereinstimmung mit dem Herrn Reichskanzler an, daß der Begriff „Kosten" im Sinne der Reichsversicherungsordnung im Gegensatze zu „baren Auslagen" weit auszulegen ist und sächliche und persönliche Kosten umfaßt (vgl. z. B. §§ 59, 80, 1465, 1470 RVO.).

Zur Durchführung der Krankenversicherung während des Krieges.

Rundschreiben des **württ. Oberversicherungsamts** v. 13. August 1914.

Für die Durchführung der Krankenversicherung ist durch den Ausbruch des Krieges eine Reihe von Schwierigkeiten entstanden. In erster Linie besteht die Gefahr, daß manche — insbesondere neu errichtete — Krankenkassen während des Krieges leistungsunfähig werden, weil sie mit den eingezogenen Arbeitern gute Risiken und entsprechend höhere Beiträge einbüßen und weil ihnen infolge Arbeitslosigkeit Beiträge wegfallen, dagegen viele Krankheitsfälle zur Last fallen werden. Dieser Gefahr will das Gesetz, betreffend Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen, vom 4. August 1914 (RGBl. S. 337) vorbeugen. Dem Zweck, die ins Feld gezogenen Kassenmitglieder gegen die aus der Unterbrechung der Kassenmitgliedschaft drohenden Nachteile tunlichst zu schützen, dient das weitere Gesetz, betreffend Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung, vom 4. August 1914 (RGBl. S. 334).

I. Zu dem Gesetz, betreffend Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen.

1. Zu § 1. Mit der Verkündung des Gesetzes sind durch § 1 Abs. 1 kraft Gesetzes ohne Mitwirkung der Kassenorgane für die Dauer des gegenwärtigen Krieges bei sämtlichen Krankenkassen die Leistungen auf die Regelleistungen und die Beiträge auf 4½ v. H. des Grundlohns festgesetzt worden. Abs. 2 eröffnet jedoch die Möglichkeit, daß leistungsfähige Kassen niedrigere Beiträge erheben oder höhere Leistungen gewähren. Hierzu bedarf es einer Verfügung des Beschlußausschusses des Versicherungsamts auf Antrag des Kassenvorstands, der in nicht getrennter Beschlußfassung der Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten beschließt. Die Anträge sind vom Versicherungsamt sofort zu erledigen. Werden sie demnächst gestellt, so kann das Versicherungsamt seine Verfügung mit Rückwirkung auf den Tag des Inkrafttretens des Gesetzes (4. August 1914) treffen. Sollte im weiteren Verlauf die Leistungsfähigkeit einer solchen Kasse, die niedrigere Beiträge erhebt oder höhere Leistungen gewährt, unsicher werden, so wird das Versicherungsamt auf Grund des § 391 RVO. einzugreifen haben.

Für die Entscheidung der Frage, ob die Leistungsfähigkeit einer Kasse so gesichert ist, daß sie die Beibehaltung niedrigerer Beiträge oder höherer Leistungen gestattet, ist die allgemeine Finanzlage der Kasse, namentlich auch die Höhe der Rücklage, die zur Deckung der infolge des Kriegs entstehenden Beitragsausfälle und Mehraufwendungen nötigenfalls angegriffen werden kann, und die besondere durch den Krieg geschaffene Lage maßgebend, insbesondere wieviel Mitglieder infolge Einberufung oder Arbeitslosigkeit — namentlich auch in höheren Lohnstufen — wegfallen, in welchem Umfang eine Steigerung der Inanspruchnahme der Kasse infolge des Krieges schon eingetreten oder noch zu erwarten ist. Die Erhebung niedrigerer Beiträge als 4½ v. H. kann, abgesehen von besonderen Ausnahmefällen, nicht empfohlen werden. Bezüglich der Aufrechterhaltung von Mehrleistungen wird folgendes bemerkt: Der Beibehaltung der Familienhilfe, soweit sie ganz oder mit Einschränkungen möglich ist, kann in der gegenwärtigen Zeit besondere soziale Bedeutung zukommen, im Falle der freiwilligen Weiterversicherung (s. unten II) auch für die Familienmitglieder der Kriegsteilnehmer. Dagegen wird es sich zur Vermeidung einer Ueberlastung der Kasse empfehlen, beim Krankengeld nicht über die Regelleistungen hinauszugehen, also namentlich von § 191 RVO. keinen Gebrauch zu machen. Dasselbe wird für das Hausgeld (§ 194 RVO.) und die Erhöhung des Sterbegelds über das 20fache des Grundlohns (§ 204 RVO.) zu gelten haben.

Digitized by Google

Ebenso wird es sich empfehlen, die Dauer der Krankenhilfe nicht über 26 Wochen zu erweitern.

2. Im Unterschied von §§ 389, 390 RVO., wo erst bei Unzulänglichkeit eines Beitragssatzes von 6. v. H. des Grundlohns der Gemeindeverband, der Arbeitgeber oder die Innung die erforderliche Beihilfe zu leisten hat, sieht § 2 des Gesetzes die Zuschußpflicht schon dann vor, wenn bei einer Kasse die nach § 1 geltenden Beiträge von 4½ v. H. des Grundlohns für die Regelleistungen und Verwaltungskosten nicht ausreichen. Die Zuschußpflicht besteht in diesem Fall, auch wenn die Kasse ihre Rücklage noch nicht aufgebraucht hat. Solange eine Kasse Mehrleistungen gewährt, greift die Zuschußpflicht des § 2 nicht ein. Die K. Versicherungsämter werden beauftragt, die beteiligten Gemeindeverbände (Amtskörperschaften), Arbeitgeber und Innungen alsbald auf die gesetzliche Verschiebung ihrer Zuschußpflicht hinzuweisen, damit sie gegebenenfalls für diese Möglichkeit Vorkehrungen treffen können.

Nach § 2 Abs. 2 kann ein Gemeindeverband, der solche Zuschüsse leistet, während dieser Zeit einem Vertreter das Amt eines Kassenvorsitzenden übertragen. Die beteiligten Stellen sind darauf aufmerksam zu machen, daß von dieser Befugnis nur in Notfällen Gebrauch zu machen ist.

3. Durch § 3 Abs. 1 sind für die Dauer des gegenwärtigen Krieges die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die hausgewerbliche Krankenversicherung außer Kraft gesetzt. Infolgedessen haben die allgemeinen Ortskrankenkassen die Beschlußfassung über die Satzungsnachträge, betreffend die hausgewerbliche Krankenversicherung, bis auf weiteres auszusetzen, und sind schon beschlossene Nachträge dem Oberversicherungsamt zur Genehmigung nicht mehr vorzulegen. Abs. 2 bietet jedoch die Möglichkeit, die Krankenversicherung der Hausgewerbtreibenden aufrecht zu erhalten. Soweit in einem Bezirk mit Rücksicht auf das starke Vorkommen des Hausgewerbes ein besonderes Bedürfnis für die Weiterführung der Krankenversicherung der Hausgewerbtreibenden während des Krieges besteht, sieht das Oberversicherungsamt tunlichst baldigen Anträgen entgegen. Unter der „statutarischen Bestimmung" ist eine Satzung der beteiligten Amtskörperschaft oder Gemeinde zu verstehen. Mit Rücksicht auf die Notwendigkeit schleuniger Erledigung genügt, wenn der Bezirksrat zunächst die Bezirkssatzung aufstellt; die Zustimmung der Amtsversammlung kann nachgeholt werden. Mit dem übereinstimmenden Antrag der beteiligten Amtskörperschaften oder Gemeinden und des Vorstandes der Krankenkasse ist zugleich die Bezirks- oder Gemeindesatzung dem Oberversicherungsamt vorzulegen. Der Inhalt der Bezirks- oder Gemeindesatzung kann insbesondere dahin gehen, daß die durch die Reichsversicherungsordnung geschaffene Regelung der hausgewerblichen Krankenversicherung und die für sie geltenden Bestimmungen der Satzung der allgemeinen Ortskrankenkasse während des Krieges weiter gelten sollen.

II. Weiterversicherung während des Krieges, Kassenleistungen an Kriegsteilnehmer.

1. In den meisten Fällen wird anzunehmen sein, daß das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis infolge der Einberufung zum Kriegsdienst beendigt worden ist. Von maßgebender Stelle wird nun vorbehältlich instanzieller Entscheidung die Ansicht vertreten, daß § 214 RVO. auf Kriegsteilnehmer keine Anwendung finde, weil die Einziehung zum Kriegsdienst keine Erwerbslosigkeit im Sinne des § 214 RVO. bedeute*).

2. Unbestritten ist und auch aus § 1 des Gesetzes, betreffend Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung, zu entnehmen, daß Kriegsteilnehmer sich nach § 313 RVO. weiter versichern können. In welchem Umfang sich für sie die Weiterversicherung empfiehlt, richtet sich nach den ihnen zukommenden Leistungen (vgl. Ziff. 3). Auch wenn keine Weiterversicherung erfolgt, bleiben nach §§ 2 und 3 des erwähnten Gesetzes die dort genannten Anwartschaften erhalten.

3. Welche Leistungen versicherte Kriegsteilnehmer beanspruchen können, ist mangels ausdrücklicher gesetzlicher Bestimmungen zweifelhaft. Naturalleistungen (Arzt, Apotheke, Krankenhauspflege) werden für verwundete Kriegsteilnehmer nicht in Betracht kommen, weil für sie das Reich aufkommt. Im übrigen wird von maßgebender Stelle vorbehältlich instanzieller Entscheidung die Auslegung vertreten, daß an verwundete Kriegsteilnehmer Krankengeld (und damit auch Hausgeld) nicht zu leisten sei, weil ihnen kein Arbeitsverdienst entgehe**), daß dagegen gegebenenfalls Sterbegeld den Angehörigen der Gefallenen zu verabreichen sei. Gewährt eine Kasse Familienhilfe, so kommt diese selbstverständlich den Angehörigen der versicherten Kriegsteilnehmer zugute.

Bei dieser Sachlage wird die Weiterversicherung von Kriegsteilnehmern nach § 313 RVO. nur soweit empfohlen werden können, als der Kriegsteilnehmer verheiratet ist, seine Kasse Familienhilfe gewährt und deren Leistungen für die Familienmitglieder von erheblichem Vorteil

*) Siehe hiergegen Hahn hier, Heft 24 S. 563.

**) Bisher ist diese Auffassung, soviel wir übersehen, nur von Kaskel vertreten worden; vgl. dagegen Hahn hier S. 563.

Digitized by Google

sein können. Da die Weiterversicherung in der niedersten Lohnstufe erfolgen kann (§ 313 Abs. 1 Satz 2), so wird sie an sich große finanzielle Opfer nicht erfordern, aber für viele bei der gegenwärtigen Lage trotzdem nur dann erschwinglich sein, wenn der bisherige Arbeitgeber die Beiträge ganz oder teilweise freiwillig übernimmt. Der Württ. Krankenkassenverband hat die Krankenkassen aufgefordert, mit entsprechenden Ersuchen an die Arbeitgeber heranzutreten.

4. Die Arbeitgeber haben die von ihnen bisher Beschäftigten, aber infolge Einberufung zum Kriegsdienst aus der Beschäftigung Ausgetretenen abzumelden. Mit Rücksicht darauf, daß auch viele Arbeitgeber einberufen worden sind, werden die Krankenkassen bei der Durchführung der Meldevorschriften die durch den Krieg geschaffenen besonderen Verhältnisse entsprechend zu berücksichtigen und auch von sich aus die erforderlichen Feststellungen zu treffen haben.

5. Für die freiwillige Weiterversicherung ist nach § 313 Abs. 2 RVO. eine Anzeige des Mitglieds binnen 3 Wochen erforderlich. Bei den zum Kriegsdienst Eingezogenen muß eine Anzeige des bisherigen Arbeitgebers oder eines Familienangehörigen für ausreichend gehalten werden, und wird auch bezüglich der Nachprüfung, ob die Anzeige innerhalb der gesetzlichen Frist gemacht worden ist, die durch die Verhältnisse gebotene Nachsicht zu üben sein.

III. Bezüglich der Schließung, Auflösung, Vereinigung von Krankenkassen gelten die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung unverändert weiter.

IV. Das Oberversicherungsamt hätte nichts dagegen einzuwenden, wenn eine Kasse ihren verheirateten Angestellten, die Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste leisten, während des Kriegs ihren Gehalt ganz oder teilweise weiterzahlt, auch wenn dies in der Dienstordnung nicht vorgesehen ist oder die Dienstordnung noch nicht genehmigt ist.

V. Von diesem Erlaß ist jeder Krankenkasse des Bezirks ein Abdruck mitzuteilen, ebenso einer der anliegenden Abdrücke der beiden Gesetze vom 4. August 1914. Für entsprechende Aufklärung der Bevölkerung ist Sorge zu tragen.

Wer sich eigenmächtig ins Krankenhaus begibt, um sich ein Beweismittel für seine Arbeitsunfähigkeit zu schaffen, hat keinen Anspruch auf Ersatz der Kosten.

Entsch. des bad. Verwaltungsgerichtshofs v. 17. Dezember 1913.

Zur Einweisung eines erkrankten Mitglieds in ein Krankenhaus ist ausschließlich der Vorstand der Kasse zuständig. Arten und Zwecke von Einweisungen in das Krankenhaus werden weder im Gesetz noch im Statut unterschieden, soweit nicht die Zulässigkeit der Einweisung für besondere Fälle durch KVG. § 7 Abs. 1 Ziff. 1 beschränkt wird. In keiner Beziehung und zu keinem Zwecke ist aber im Gesetz oder im Statut der Anspruch eines erkrankten Mitglieds an seine Kasse auf die Gewährung von freier Kur und Verpflegung in einem Krankenhause an Stelle der im KVG. § 6 vorgeschriebenen Leistungen eingeräumt. Gegenüber diesen Bestimmungen konnte der in der angefochtenen Entscheidung gemachte Versuch den Erfolg nicht haben, dem Anspruch des Beklagten auf Erstattung der angeforderten Kosten für Verpflegung im Krankenhaus durch die Begründung zur Anerkennung zu verhelfen, er habe beabsichtigt, durch den Eintritt in das Krankenhaus auf eigene Kosten ohne Einweisung durch den Kassenvorstand für die anhängige Beschwerde gegen die Klägerin wegen Zahlung von Krankengeld ein Beweismittel zu beschaffen; die Kosten für die Beibringung eines Beweismittels könnten auch nicht den Gegenstand eines selbständigen auf Grund des KVG. § 58 Abs. 1 verfolgbaren Rechtsanspruchs bilden.

C. Zur Unfallversicherung.

Streit über die entschädigungspflichtige Genossenschaft; Vereinbarungen der beteiligten Unternehmer über die Versicherung.

Entsch. des Reichsversicherungsamts v. 10. März 1914.

Die Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft hat bei dem Reichsversicherungsamt den Antrag auf Entscheidung darüber gestellt, welcher Versicherungsträger für die Folgen des tödlichen Unfalls des Arbeiters K. vom 5. Mai 1912 Entschädigung zu leisten hat. Sie ist der Ansicht, daß sie als entschädigungspflichtig nicht in Betracht kommen könne, weil zur Zeit des Unfalls ein Walzbetrieb der bei ihr versicherten Firma St. & Co. überhaupt nicht mehr bestanden habe, auch Kappert weder als Walzarbeiter noch in der Ofenrohrschmiede der Firma tätig gewesen sei. — Die Maschinenbau- und Kleineisenindustrie-Berufsgenossenschaft, welche die vorläufige Fürsorge übernommen hat, sieht K. als Arbeiter des Gas- und Wasserwerks der Stadt Essen an. — Die Berufsgenossenschaft der Gas- und Wasserwerke ist der Ansicht, daß der Unfall des K. ihr nicht zur Last gelegt werden könne, weil die Vorarbeiten für die

Digitized by Google

Errichtung der Sauerstoffabrik der Stadt Essen bei ihr nicht versichert gewesen seien. — Die Stadtgemeinde Essen hat die Entschädigungspflicht gleichfalls in Abrede gestellt, weil K. in keinem Arbeitsverhältnis zu ihr gestanden habe. Auf den Inhalt ihrer Gegenschrift vom 7. März 1913 wird Bezug genommen.

Der am 5. Mai 1912 tödlich verunglückte K. war Arbeiter der Firma St. & Co., die bei der Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft versichert ist. Diese Firma ließ nach Einstellung ihres Walzwerksbetriebs durch die Aktiengesellschaft E. W. & Co. eine Sauerstoffabrik errichten. Nach den zwischen diesen beiden Firmen getroffenen Vereinbarungen hatte die Firma St. & Co. auf ihre Kosten die Hilfsarbeiter zu stellen, die jedoch bei der Arbeit dem Monteur von E. W. & Co. unterstellt werden sollten. Nach ausdrücklicher Abmachung sollten diese Arbeiter in ihrem bisherigen Versicherungsverhältnis bei St. & Co. bleiben. Während des Baues der Sauerstoffabrik kaufte die Stadt Essen von St. & Co. das Grundstück, auf dem die Fabrik errichtet wurde und trat in den über die Herstellung dieser zwischen St. & Co. und E. W. & Co. abgeschlossenen Vertrag ein. Auch jetzt sollten die von der Firma St. & Co. gestellten Arbeiter weiter in ihrem bisherigen Dienstverhältnis zu dieser bleiben, jedoch unter die Oberleitung eines städtischen Ingenieurs treten. Sie empfingen auch weiter ihren Lohn von der Firma St. & Co., die jedoch ihrerseits die Beträge von der Stadt Essen erstattet bekam. Der Bau der Fabrik selbst war bereits beendet und es sollte mit der Maschinenmontage begonnen werden, als K., der mit Aufräumungsarbeiten in der Turbinenkammer beschäftigt war, in dieser am 5. Mai 1912 abstürzte und dabei den Tod erlitt.

Das Reichsversicherungsamt hat auf Grund dieses Tatbestandes dahin entschieden, daß die Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft für den Unfall des K. entschädigungspflichtig ist. Die Firma St. & Co., die bei dieser Berufsgenossenschaft versichert ist, hat K. den Lohn gezahlt und ihm den Auftrag zu der Tätigkeit gegeben, bei der er den tödlichen Unfall erlitten hat. Sie war auch vertraglich gegenüber der Aktiengesellschaft E. W. & Co. verpflichtet, dieser Gesellschaft die Hilfsarbeiter auf ihre Kosten zu stellen, die nach ausdrücklicher Abmachung in ihrem bisherigen Versicherungsverhältnis verbleiben sollten. Daß die Stadt Essen in den Vertrag eingetreten war, ändert ebensowenig etwas, wie die Tatsache, daß die Lohnbeträge der Firma St. & Co. durch die Stadt Essen erstattet wurden (zu vgl. § 634 RVO.). Hiernach ist die Maschinenbau- und Kleineisenindustrie-Berufsgenossenschaft nicht entschädigungspflichtig, wenngleich sie die ausführende Firma war und ihre Monteure die Leitung der Arbeiten, bei denen K. den Unfall erlitten hat, gegeben haben. Die Berufsgenossenschaft der Gas- und Wasserwerke und die Stadt Essen kommen gleichfalls nicht als entschädigungspflichtig in Frage.

Berufsgenossenschaftliche Zugehörigkeit der mit einem Hüttenwerk verbundenen „Konsumverkaufsstelle".

Entsch. des **Oberversicherungsamts Dortmund** v. 4. Mai 1914.

Die Deutsch-Luxemburgische Bergwerks- und Hütten-Aktiengesellschaft, Abteilung Dortmunder Union in Dortmund ist mit ihrem Horster Eisen- und Stahlwerk zu Horst Mitglied. Dem Betriebe eines Eisen- und Stahlwerks in H. ist eine Konsumverkaufsstelle angeschlossen, die bisher mit jenem Werke bei der Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft versichert war. Die Detailhandels-Berufsgenossenschaft hat beantragt, die Verkaufsstelle ihr zu überweisen. Dagegen hat sowohl der Unternehmer als auch die Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft Widerspruch erhoben, und der Vorstand der letzteren daraufhin die Entscheidung des Oberversicherungsamts angerufen. Dieses erklärt den Anspruch der Detailhandels-Berufsgenossenschaft für unberechtigt.

Gründe:

Nach § 631 Abs. 1 RVO. sind sowohl wesentliche Bestandteile verschiedener Gewerbszweige wie Nebenbetriebe der Genossenschaft zuzuteilen, welcher der Hauptbetrieb angehört. Daß der Hauptbetrieb mit dem Eisen- und Stahlwerk zu H. der Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft angehört, ist unbestritten. Es war darum für die Frage, ob die Konsumverkaufsstelle in H. auch zur Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft gehört oder der Detailhandels-Berufsgenossenschaft zu überweisen ist, nur darüber zu entscheiden, ob die Konsumverkaufsstelle ein wesentlicher Bestandteil des Horster Eisen- und Stahlwerks oder ein Nebenbetrieb dieses Werkes ist.

Den Ausführungen der Detailhandels-Berufsgenossenschaft ist insoweit beizupflichten, daß die Konsumverkaufsstelle als wesentlich für das Horster Eisen- und Stahlwerk allerdings nicht angesehen werden kann. . . . (Dies wird unter Hinweis auf § 93 BGB. näher ausgeführt.) Dagegen muß die Konsumverkaufsstelle als Nebenbetrieb im Sinne des § 631 RVO. gelten. Zum Begriffe des Nebenbetriebes gehört nicht die einheitliche Verfolgung desselben Zweckes, sondern allein die wirtschaftliche Zusammengehörigkeit mit entsprechenden räumlichen Verhältnissen (vgl. Komm. von Moesle-Rabeling Anm. 3 zu § 631 RVO. sowie § 97 BGB.). Dieses Merkmal ist hier vorhanden.

Es ist unter den Parteien unstreitig, daß die D.-L. Bergwerks- und Hütten-Aktiengesellschaft gemeinschaftliche Besitzerin sowohl des Eisen- und Stahlwerks wie der Konsumverkaufsstelle ist, daß diese lediglich der Befriedigung der persönlichen Bedürfnisse der Angestellten des Werkes und ihrer Familienglieder dient, und daß mit ihr ein Gewinn nicht erzielt wird. Ferner ist festgestellt, daß die Konsumverkaufsstelle von dem Hauptwerk völlig abhängig ist und daß ihr ein

Digitized by Google

besonderer Vorstand sowie ein Statut, daß die Verwaltung regelt, fehlt. Daraus ergibt sich, daß die Konsumverkaufsstelle allein zu dem Zwecke errichtet ist, die in der Arbeit des Werkes stehenden Betriebspersonen mit billigen und guten Nahrungsmitteln zu versorgen, daß sie also auch unmittelbar dem Interesse des technischen Betriebes dient, indem sie die Kräfte der Arbeiter frisch erhält (vgl. Entsch. RVA. v. 7. Dez. 1910 Ia 4289/10 17A), und daß sie verwaltungstechnisch mit dem Betriebe des Hauptwerks verbunden ist.

Ist hiernach die Konsumverkaufsstelle nach Zweck und Verwaltung auf das engste mit dem Eisen- und Stahlwerk verwachsen, so muß auch der Betrieb der Verkaufsstelle als Teil des gesamten technischen Betriebes gelten und anerkannt werden, daß beide wirtschaftlich zusammengehören. Daß die Konsumverkaufsstelle einen eigenen Arbeiterstamm und ein eigenes Verwaltungs-, Buchführungs- und Kassenwesen hat, steht dem nicht entgegen. Daß Konsumverkaufsstelle und Hauptwerk in entsprechenden räumlichen Verhältnissen stehen, geht ohne weiteres daraus hervor, daß ohne ein solches der Betrieb der ersteren und die Erreichung des gedachten Zweckes gar nicht möglich wäre.

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Ein Anerkenntnis der fortdauernden Gültigkeit der Quittungskarte auf Grund des § 135 IVG. schließt ein Anerkenntnis der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung gemäß § 1445 Abs. 2 RVO. nicht in sich.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 12 Januar 1914.

Der Akteninhalt legt die Prüfung der hier wesentlichen Frage nahe, ob etwa ein Anerkenntnis der Versicherungspflicht seitens der Beklagten im Sinne des § 1445 Abs. 2 RVO. auf Grund der nachstehenden Tatsachen anzunehmen ist. Die Klägerin, für welche die Quittungskarte Nr. 1 unter der Berufsstellung als Arbeiterin von der Polizeiverwaltung in C. am 6. Mai 1904 ausgestellt worden war, die sich aber nach den bisherigen Feststellungen hauptsächlich mit Säckeflicken in ihrer eigenen Wohnung beschäftigte, hatte die zweijährige Frist für den Umtausch der Quittungskarte verabsäumt und beantragte am 9. Juni 1906 unter Ueberreichung dieser Karte, dieselbe für gültig zu erklären. Die Polizeiverwaltung gab die Quittungskarte an die beklagte Landesversicherungsanstalt weiter und diese erkannte die fortdauernde Gültigkeit der Karte durch entsprechenden, von einem Vorstandsmitglied unterschriebenen Stempelaufdruck vom 19. Juni 1906 an, wobei sie bei der Rücksendung die Polizeiverwaltung ersuchte, die Karte nunmehr aufzurechnen, sowie der Versicherten eine Aufrechnungsbescheinigung und eine Quittungskarte Nr. 2 zu erteilen, falls dieses nicht bereits geschehen sein sollte.

Die Frage, ob dieses auf Grund des § 135 IVG. abgegebene Anerkenntnis der fortdauernden Gültigkeit der Quittungskarte zugleich ein Anerkenntnis der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung gemäß § 1445 Abs. 2 RVO in sich schließt, ist in Uebereinstimmung mit der zu einer Aeußerung darüber veranlaßten Beklagten zu verneinen. Wie bereits in der Revisionsentscheidung 981 (Amtl. Nachr. 1902 S. 474) des näheren ausgeführt worden ist, hat die Vorschrift des § 135 IVG. keine selbständige Bedeutung, sondern ist nur eine Bestimmung zur Kontrolle der Anwartschaft. Sie hat nur den Sinn, daß eine nicht rechtzeitig umgetauschte Karte eine ordnungsmäßige Markenverwendung nicht nachweisen soll, daß also im Falle der Erhebung von Ansprüchen der Versicherte nachzuweisen habe, daß er trotz der versäumten Umtauschpflicht den Anforderungen des Gesetzes zur Wahrung der Anwartschaft genügt hat, während durch die Anerkennung der fortdauernden Gültigkeit der Quittungskarte durch die Versicherungsanstalt jener Nachweis den Versicherten erlassen ist, und die Versicherungsanstalt nunmehr ihrerseits nachweisen muß, daß der Versicherte den Anforderungen nicht genügt habe.

Eine größere Tragweite kann einem solchen Anerkenntnis auch nach dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung nicht beigemessen werden. Insbesondere ist in ihm nicht gleichzeitig ein Anerkenntnis der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung nach § 1445 Abs. 2 RVO. enthalten. Denn wenn dem Vorstand einer Versicherungsanstalt eine Karte zum Zwecke der Anerkennung ihrer weiteren Gültigkeit vorgelegt wurde, so machte sich der Vorstand nur hierüber schlüssig und nahm in der Regel zu der Frage, ob die Person, für welche die Quittungskarte ausgestellt ist, überhaupt versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt ist, keinerlei Stellung. Er hatte auch gar keine Veranlassung hierzu und war in den allermeisten Fällen dazu auch gar nicht einmal imstande, weil ihm die nötigen Unterlagen fehlten. So konnte ihm auch im vorliegenden Falle ein Zweifel an der Versicherungspflicht der Klägerin nicht aufstoßen, da sie sowohl in der

Digitized by Google

Quittungskarte wie in dem Verlängerungsantrage lediglich als „Arbeiterin" aufgeführt ist. Die Person der Versicherten tritt bei einer solchen, sich allein auf die Karte und die Beitragsmarken erstreckende Prüfung vollständig zurück. Die Versicherungsanstalt hat also in Fällen, wo sie die Gültigkeitsfortdauer einer Quittungskarte nach § 135 des JVG. anerkannt hat, nur ihre Einwilligung darin erklärt, daß in diese Quittungskarte während der Dauer ihrer verlängerten Gültigkeit Beitragsmarken mit denselben Rechtswirkungen wie bisher aufgenommen werden können. Damit hat sie sich zugleich der Befugnis begeben, gegenüber einem späteren Rentenantrage Rechte aus dem verspäteten Umtausch der Quittungskarte geltend zu machen. Keineswegs aber liegt in dieser Erklärung auch ein Verzicht auf anderweite Einwendungen, namentlich auf solche, die sich — wie hier — gegen die Gültigkeit der verwendeten Marken als Pflichtbeiträge richten. Aus Anlaß eines solchen Formalaktes, um den es sich lediglich bei der Anerkennung der fortdauernden Gültigkeit der Quittungskarte auf Grund des § 135 JVG. handelte, hatte der Vorstand der Versicherungsanstalt keinen begründeten Anlaß, Erwägungen und Untersuchungen über die Verpflichtung oder Berechtigung des Inhabers der Quittungskarte zur Versicherung anzustellen und, wo er sie, wie im vorliegenden Falle, tatsächlich auch nicht vorgenommen hat, wird man in seinen Erklärungen weder nach ihrem Wortlaut noch nach den begleitenden Umständen ein Anerkenntnis der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung gemäß § 1445 Abs. 2 RVO. erblicken können. Hiernach kann auch im vorliegenden Falle von einem solchen Anerkenntnis nicht die Rede sein.

Die Witwerrente ist auch dann festzustellen, wenn sie wegen höherer Invalidenrente ruht.

Rev.-Entsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 26. Februar 1914.

Das Oberversicherungsamt hat die Frage, ob der Anspruch des Klägers auf Witwerrente an sich begründet ist, nicht geprüft. Es hat sich lediglich auf die Feststellung beschränkt, daß das Recht auf den Bezug der dem Kläger etwa zustehenden Witwerrente nach § 1318 RVO. jedenfalls ruhen würde, weil die von ihm bezogene Invalidenrente den Betrag der in Frage kommenden Witwerrente erheblich übersteigen würde. Das Oberversicherungsamt meint, es könne hiernach unerörtert bleiben, ob die Voraussetzungen für die Gewährung der Witwerrente überhaupt gegeben seien, insbesondere ob der Kläger als bedürftig im Sinne des Gesetzes anzusehen sei.

Ein derartiges Verfahren ist nicht zulässig. Das Reichsversicherungsamt hat in ständiger Rechtsprechung daran festgehalten, daß das Gesetz das Ruhen der Rente an den Eintritt bestimmter Tatsachen knüpft. Demzufolge tritt das Ruhen der Rente in dem Augenblick ein, in welchem diese Tatsachen vorliegen, und ebenso lebt mit ihrem Wegfall ohne weiteres das Recht auf den Bezug der Rente wieder auf. Daraus folgt, daß in erster Linie festgestellt werden muß, ob der Rentenanspruch an sich begründet ist; es müssen also sämtliche Voraussetzungen, die für den Rentenanspruch maßgebend sind, in Betracht gezogen werden, und es muß geprüft werden, ob und inwieweit sie vorliegen (zu vgl. Hanow-Lehmann, 3. Aufl. S. 244 Vorbem. V vor §§ 1311 ff.; ferner die Rev.-Entsch. 1571, auch 1763, Amtl. Nachr. 1911 S. 518 und 1913 S. 737).

Von diesem allgemein geltenden Grundsatz etwa für den Fall, daß der Witwer zur Zeit des Todes seiner Ehefrau bereits eine Invalidenrente bezieht, eine Ausnahme zu machen, fehlt es an gesetzlichen und inneren Gründen. Insbesondere kann nicht etwa der Einwand erhoben werden, daß nach § 1318 der im Genusse der Invalidenrente befindliche Witwer niemals in die Lage kommen könne, die niedrigere Witwerrente zu beziehen. Denn es ist durchaus nicht ausgeschlossen, daß die Invalidenrente wegen Wegfalls der Invalidität dem Witwer entzogen wird, der Witwer aber, wenn auch nicht mehr „invalide" im Sinne des § 1255, so doch immerhin noch „erwerbsunfähig" im Sinne des § 1260 bleibt (zu vgl. Hanow-Lehmann, S. 148 Anm. 4 zu § 1260, auch S. 120 Anm. 3 Abs. 2 zu § 1255, Weymann, 2. Aufl. S. 295 Anm. 2 zu § 1260; anders Düttmann, Bd. IV S. 63 Anm. 3 zu § 1260). Weiterhin ist mit dem Falle zu rechnen, daß der wieder erwerbsfähig gewordene Witwer die Anwartschaft aus der eigenen Beitragsleistung erlöschen läßt und bei abermaligem Eintritt der Invalidität infolgedessen keinen Anspruch auf Invalidenrente mehr geltend machen kann. In solchen Fällen kann auch ein jetzt im Genusse der Invalidenrente befindlicher Witwer späterhin zum Bezuge der Witwerrente gelangen, und es erweist sich dann von unmittelbarer Bedeutung für ihn, wenn schon vorher die Witwerrente für ihn festgesetzt ist und nunmehr alsbald in Wirksamkeit tritt. Deshalb ist es keineswegs überflüssig, von vornherein die Voraussetzungen für die Witwerrente festzustellen und insbesondere zu prüfen, ob zur Zeit des Todes der Ehefrau eine Bedürftigkeit des Ehemanns vorlag, von deren Beseitigung oder Wiederkehr späterhin auch eine etwaige Entziehung oder Neubewilligung der Witwerrente abhängt (zu vgl. Handb. der Unfallvers. 3. Aufl. I S. 299 Anm. 6 zu § 18 GUVG.). Dabei ist zu

Digitized by Google

beachten, daß der Bezug einer Invalidenrente nicht etwa das Vorliegen von Bedürftigkeit schlechthin ausschließt (zu vgl. Handb. der Unfallvers. I S. 295 Anm. 1 Abs. 3 zu § 17 GUVG. in Verbindung mit S. 298 Anm. 5 Abs. 2 zu § 18; ferner Weymann, S. 296 Anm. 3 vorletzter Absatz zu § 1260; dazu freilich auch die Begr. zur RVO. S. 368 Abs. 2 Satz 3 ff., wobei indessen augenscheinlich nicht an die Vorschrift des § 1318 RVO. — § 1304 des Entwurfs — gedacht ist). Hiernach durfte das Oberversicherungsamt die Prüfung des Anspruchs des Klägers auf Witwerrente und namentlich eine Erörterung der Frage nach seiner Bedürftigkeit nicht unterlassen. Das angefochtene Urteil war daher wegen Verletzung der §§ 1260 und 1318 aufzuheben und die Sache an das Oberversicherungsamt zurückzuverweisen.

E. Zur Angestelltenversicherung.

Arbeitgeber einer Künstlertruppe, die in einem Variété auftritt.

Beschluß des **Rentenausschusses Berlin** v. 2. Februar 1914.

Darüber, daß die Mitglieder des Ensembles H. B. auf Grund ihrer Tätigkeit in dem Variététheater zu H. nach dem Angestelltenversicherungsgesetz versicherungspflichtig sind, besteht kein Streit. Streitig ist nur, wer ihr beitragspflichtiger Arbeitgeber ist, der Ensembleleiter B. oder der Theaterdirektor K.

Ein Variététheater ist ein Unternehmen, das in häufig wechselnden Spielplänen gewerbsmäßig Singspiele, Gesangs- und deklamatorische Vorträge, Schaustellungen von Personen oder theatralische Vorstellungen in den dazu bestimmten Wirtschafts- oder sonstigen Räumen veranstaltet. Der ständige Wechsel der Spielpläne bringt es mit sich, daß die Variététheater nicht gleich den anderen Theatern dauernd angestellte Künstler und Schauspieler haben; sie müssen vielmehr für jeden Spielplan wechselnde und verschiedenartige Kräfte verpflichten, und zwar teils Einzelkünstler, teils Ensembles, die nach der Eigenart ihrer Darbietungen gemeinschaftlich aufzutreten gezwungen sind.

Bei den Einzeldarstellern wird im allgemeinen ein Zweifel darüber, wer beitragspflichtiger Arbeitgeber ist, nicht bestehen können. Der Besitzer des Variététheaters ist der Veranstalter der Vorstellungen auf seine Rechnung und Gefahr. Hat er den Spielplan günstig zusammengestellt und ist der Theaterbesuch ein reger, so hat er allein den Gewinn davon und andernfalls den Verlust. Der Darsteller, welcher seine Arbeitskraft dem Theaterbesitzer als Bestandteil von dessen Spielplan herzugeben sich verpflichtet hat, erhält seine festen Bezüge, unabhängig von dem Besuche des Theaters und von der finanziellen Gestaltung des Theaterunternehmens. Der Darsteller ist daher nicht selbständig, sondern Angestellter des Besitzers des Variététheaters und letzterer der Unternehmer und der beitragspflichtige Arbeitgeber.

Schwieriger liegt die Frage, wenn eine Mehrheit von Personen gemeinschaftlich auftritt und der Engagementsvertrag nicht mit jedem einzelnen besonders, sondern nur mit einem von ihnen abgeschlossen worden ist. Dieser letztere Fall liegt hier vor. Es sind zwei verschiedene Rechtsgeschäfte getätigt worden: einmal ein Vertrag zwischen dem Variététheaterbesitzer K. und dem Ensembleleiter B., wonach letzterer sich und seine Truppe zum Auftreten in dem Etablissement des ersteren unter bestimmten Bedingungen und gegen eine an ihn zahlbare Gage verpflichtet hat, und zweitens die Einzelverträge zwischen B. und seinen Ensemblemitgliedern, wonach diese gegen eine bestimmte von B. zahlbare Gage gehalten sind, nach den von diesem mit Theaterunternehmern geschlossenen Verträgen in Variététheatern aufzutreten und sich der Haus- und Geschäftsordnung des jeweiligen Variététheaters zu unterwerfen. Die Auswahl der Variététheater ist Sache B.s.

Daß B. als Angestellter des Direktors K. anzusehen ist, wird keinem Zweifel unterliegen können. K. ist der Unternehmer, denn er trägt bei den Veranstaltungen in dem Variététheater allein das geschäftliche Risiko, er hat allein die Einnahmen aus den Veranstaltungen, hat aber ohne Rücksicht auf deren Höhe an B. eine tägliche sich gleichbleibende Gage von 60 M. zu entrichten, wogegen dieser ihm zu gewissen Leistungen verpflichtet ist und sich dabei seinen Anordnungen zu fügen hat.

Zweifelhaft kann es nur sein, ob und zu wem die übrigen Ensemblemitglieder in einem Angestelltenverhältnisse stehen, zu K. oder zu B.

Auf den ersten Blick kann es scheinen, als ob die Ensemblemitglieder nur zu B. in Beziehungen stehen, und daß daher dieser als ihr Arbeitgeber anzusehen ist. Ein Vertrag ist nur zwischen ihm und ihnen geschlossen, ihre Gage erhalten sie von ihm und sie ist unabhängig

Digitized by Google

von derjenigen, die er von dem Theaterdirektor erhält, bei „Anschlußlosigkeit" ist er sogar gehalten, ihnen die halbe Gage trotzdem zu bezahlen, und schließlich ist seine Einnahme nicht unerheblich höher als die der Mitglieder des Ensembles, so daß er also aus dem Kreise der Ensemblemitglieder erheblich hervorgehoben erscheint.

Andererseits ist aber folgendes zu berücksichtigen: Wenn auch formell nur Verträge zwischen K. und B. einerseits und zwischen B. und den Ensemblemitgliedern andererseits geschlossen sind, so bestanden doch nach den Vertragsbestimmungen nicht nur Rechte und Verbindlichkeiten zwischen den beiderseitigen Vertragsparteien, sondern auch teils unmittelbar, teils mittelbar zwischen dem Theaterdirektor K. und den Ensemblemitgliedern. K. hatte nicht nur B. engagiert, sondern diesen „samt seiner Truppe, bestehend aus 4 Damen und 4 Herren", die Zusammensetzung der Truppe war also von entscheidendem Einfluß auf den Vertrag. Bezüglich des Ensemblemitgliedes X. war sogar dessen Auftreten als Humorist gegen besondere Entschädigung von K. eigens vereinbart worden. Nach dem Vertrage hatte ferner K. den Ensemblemitgliedern freie Wohnung zu gewähren. Er hatte weiter aber auch eine unmittelbare Einwirkung nach den Verträgen in demselben Maße auf die Ensemblemitglieder wie auf B.: diese waren verpflichtet, sich der Haus- und Geschäftsordnung des Variétébesitzers zu fügen, und *sie unterstanden nach dieser in erster Linie der Direktion des Theaters*, welche die Pflicht hat, über die strenge Beachtung der Hausordnung zu wachen. *Den Anordnungen der Direktion, des Regisseurs und des Kapellmeisters war unbedingt Folge zu leisten.*

Aber auch in anderer Hinsicht reichte mittelbar nach dem mit B. geschlossenen Vertrage der Einfluß des Unternehmers K. bis zu den Ensemblemitgliedern. Durch die vertragliche Bindung B.s (Vertrag K. = B. § 2 d) waren auch diese gehalten, in keinem anderen als dem von K. bestimmten Zuschauerkreis, sei es öffentlich, sei es privat, in H. aufzutreten (Vertrag B. = Ensemblemitglieder § 2 c).

Auch in ihrem Verhalten bei Ausführung des Engagementsvertrages (§§ 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 18, 19 der Hausordnung) haben sie nach den Bestimmungen des K. sich zu richten.

Weiter war K. nach der Hausordnung sogar berechtigt, bei bestimmten Uebertretungen durch die Ensemblemitglieder (§§ 5, 23) *diese nicht nur unmittelbar mit Strafen zu belegen, sondern sogar unabhängig von* ihrem Vertragsverhältnis mit B. *zu entlassen.*

Endlich waren sie an dem Engagement mit K. insofern beteiligt, als sie, falls für den Monat ein Engagement nicht zustande gekommen wäre, gegen B. nur den Anspruch auf halbe Gage gehabt hätten und als ferner die Vertragsbestimmungen über Kürzung der Gage im Falle eines Brandes des Theaters, Krieges, Landestrauer, Streiks usw. sie genau so treffen wie B.

Aus alledem ergibt sich, daß die Ensemblemitglieder auch zu K., wenn auch nicht in einem unmittelbaren vertraglichen, so doch in einem solchen mittelbaren und sicher in einem unmittelbaren wirtschaftlichen Abhängigkeitsverhältnis standen. Dazu kommt aber noch, daß nach den Verträgen K. ein Einwirkungsrecht auch auf die Aufführungen des Ensembles zustand. Dem Theaterdirektor K. waren die Zensurtexte 30 Tage vor Beginn der Vorstellungen zuzusenden. Er hatte den Verkehr mit der Polizeibehörde. Seinen Anordnungen war bezüglich der Vorführungen Folge zu leisten. Er konnte nicht nur Kürzungen und Aenderungen derselben vornehmen (§ 2 b), sondern er war sogar berechtigt, Piecen, welche er aus irgendeinem Grunde für unausführbar erklärte, von der Darstellung auszuschließen und das Programm nach eigenem Ermessen zu entwerfen und zu ändern (Hausordnung § 15).

Aus alledem geht hervor, daß, wenn auch die Ensemblemitglieder formell in einem gewissen Abhängigkeitsverhältnis zu B. stehen, dieses doch vollkommen verblaßte gegenüber demjenigen, welches tatsächlich zu dem Theaterdirektor K. bestand. Dazu kommt noch, daß verschiedene Umstände, welche die Arbeitgebereigenschaft B.s zu stützen schienen, bei näherer Betrachtung doch weniger in Betracht kommen. Wenn der Umstand, daß B. bei Anschlußlosigkeit seinen Ensemblemitgliedern die halbe Gage vertraglich zu zahlen verpflichtet ist, dafür zu sprechen schien, daß er den Ensemblemitgliedern gegenüber einen Teil des Risikos tragen und daher als Unternehmer zu gelten habe, so ist dabei in Betracht zu ziehen, daß die Verträge mit den Theaterbesitzern längere Zeit vorher abgeschlossen zu werden pflegen, und daß eine Anschlußlosigkeit verhältnismäßig selten einzutreten scheint; wenn sie aber doch eintritt, so tritt sie sicher nicht unerwartet ein, sondern ist so rechtzeitig vorherzusehen, daß B. bei der monatlichen Kündbarkeit der Verträge der Ensemblemitglieder sich von seinem Risiko durch fristgemäße Kündigung befreien konnte. Was ferner die Differenz zwischen seiner Einnahme und derjenigen der Ensemblemitglieder betrifft, so ist zu bedenken, daß er selbst stets in den Hauptrollen mitspielte, also eine höhere Entschädigung schon durch sein Mitspiel gerechtfertigt erscheint; außerdem aber hat er auch noch die ganze Ver-

Digitized by Google

waltung des Ensembles, insbesondere die Korrespondenz und Verhandlung mit den Theaterbesitzern zu führen, die auch eine höhere Besoldung gegenüber den anderen Mitgliedern erklärt.

B. ist zwar äußerlich Leiter des Ensembles, er ist aber auch Mitglied desselben, denn er ist Darsteller der Hauptrollen, die Arbeit in dem Variététheater zu H. gab den Ensemblemitgliedern nicht er, wenn er auch den Vertrag mit K. geschlossen hatte, sondern K.; denn der Erfolg ihrer Tätigkeit kam in der Hauptsache dem Theaterdirektor K. zugute, und in der Gage, welche dieser an B. bezahlte, war tatsächlich die Gage für die übrigen Ensemblemitglieder mitenthalten; K. trug das geschäftliche Risiko, nicht B., und zu K. standen die Ensemblemitglieder tatsächlich in einem sehr erheblichen wirtschaftlichen Abhängigkeitsverhältnis, welches eine größere praktische Bedeutung für sie hatte als das zu B. immerhin auch bestehende.

B. nimmt also eine ähnliche Stellung ein wie ein sogenannter Kleinakkordant, über dessen Rechtsverhältnis zu dem Arbeitgeber einerseits und zu den von ihm angenommenen Arbeitern andererseits von dem Reichsversicherungsamt schon wiederholt entschieden worden ist, daß es kein selbständiges Arbeitgeberverhältnis zu den Arbeitern darstellt, sondern ein mittelbares Arbeitsverhältnis zwischen dem Hauptarbeitgeber und den Arbeitern begründet. Dieser Beurteilung hat sich der Rentenausschuß durchaus angeschlossen.

Ohne Bedeutung ist hierbei, daß nach der Behauptung von K. in C. B. mit seinem Ensemble selbständig aufgetreten sei, indem er dort das Entree selbst erhoben habe. Wenn diese Behauptung zutrifft, dann würde eben während der Spielzeit in C. B. Arbeitgeber des Ensembles gewesen sein und die Verpflichtung gehabt haben, die Arbeitgeberbeiträge für die Ensemblemitglieder zu entrichten. Dieser Fall steht aber hier nicht zur Entscheidung und ist für die Beurteilung der Spielzeit im Variététheater in H. ohne Bedeutung. Hier hatte B. nicht das geschäftliche Risiko, sondern K. Letzterer war daher Arbeitgeber der Ensemblemitglieder und zur Abführung der Beiträge für sie an die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte verpflichtet, insoweit ihr Jahresarbeitsverdienst aus versicherungspflichtiger Beschäftigung 5000 M. nicht übersteigt.

F. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Voraussetzungen der Pflicht des Verletzten, sich operieren zu lassen.

Aus einem Urteil des **Reichsgerichts**, 3. Zivilsenat, v. 27. Juni 1913.

. . . . Zunächst muß die Operation nach dem Gutachten von Sachverständigen gefahrlos sein, und zwar in dem Sinne, wie überhaupt nach dem jeweiligen Stande der ärztlichen Wissenschaft von einer Gefahrlosigkeit gesprochen werden kann, d. h. soweit nicht unvorhersehbare Umstände eine Gefahr bedingen. Damit scheiden alle Operationen aus, die im Gegensatze zu der bloßen örtlichen Unempfindlichmachung nur in der Chloroform-Narkose vorgenommen werden können, weil hierbei die Möglichkeit eines tödlichen Ausganges trotz sorgfältigster vorheriger Untersuchung der Körperbeschaffenheit des Leidenden im voraus nicht mit Sicherheit auszuschließen ist. Dies entspricht auch der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes. Vgl. Handbuch der Unfallversicherung, Anm. 4 zu § 23 GUVG. Die Operation darf ferner nicht mit nennenswerten Schmerzen verknüpft sein, weil dem Verletzten, der überhaupt nur durch eine von dem Schadensersatzpflichtigen zu vertretende Tatsache in die Lage gebracht worden ist, sich besonderen Maßnahmen zur Wiederherstellung seiner Erwerbsfähigkeit zu unterwerfen, nach Treu und Glauben nicht zugemutet werden kann, zu diesem Behufe auch noch beträchtliche Schmerzen auf sich zu nehmen. Sodann muß die Ausführung der Operation nach dem Gutachten von Sachverständigen mit Sicherheit eine beträchtliche Besserung der Leistungsfähigkeit des Verletzten erwarten lassen, also entweder eine völlige Wiederherstellung oder wenigstens eine sehr erhebliche Steigerung seiner Erwerbsfähigkeit. Endlich muß der Schadenersatzpflichtige dem Verletzten zu erkennen gegeben haben entweder, er sei bereit, die Operation auf seine Kosten an geeigneter Stelle oder durch sachkundige Personen ausführen zu lassen, oder die Kosten für die Operation vorzuschießen, die dann der Verletzte selbst zu erwirken hat. Denn da lediglich der Verletzer oder der sonst für die Folgen der Verletzung schadenersatzpflichtig ist, so ist ein im übrigen soweit möglich geheilter Verletzter nicht gehalten, nur um den Umfang der Ersatzpflicht des Haftenden zu mindern, auch noch irgendwie erhebliche Mittel aus seinem Vermögen zur Durchführung einer Operation aufzuwenden. Nicht selten wird freilich die Sachlage die sein, daß der Verletzte, schon um sich von einem für ihn selbst unerträglichen körperlichen Zustande zu befreien, aus eigenem Antriebe zu einer Operation schreitet, deren Kosten er dann zunächst

Digitized by Google

dem operierenden Arzte gegenüber zu übernehmen hat. Fälle solcher Art kommen hier nicht in Frage.

Aus dem soeben erörterten Grunde trifft aber auch in dem unerwarteten Falle, daß die Operation mißlingt und durch ihre Vornahme ein neuer Schaden entsteht, die Haftung hierfür ohne weiteres den Schadenersatzpflichtigen, weil auch dieser Schaden dann in ursächlichem Zusammenhange mit der von ihm verschuldeten oder sonst zu vertretenden Verletzung steht. Daß er diese Haftung übernimmt, folgt von selbst aus dem Wesen der Aufforderung des Schadenersatzpflichtigen an den Verletzten, sich zur Wiedererlangung oder wesentlichen Erhöhung seiner Erwerbsfähigkeit einer bestimmten Operation zu unterziehen.

Weigert aus einem diesen Anforderungen entsprechenden Verlangen gegenüber der Verletzte sich auf die ihm angesonnene Operation einzulassen, so erwächst dem Schadenersatzpflichtigen hieraus allerdings nunmehr ein rechtsvernichtender Einwand gegen den Schadenersatzanspruch insoweit, als anzunehmen ist, daß infolge der Ausführung der Operation die Erwerbsfähigkeit des Verletzten gesteigert oder völlig wiederhergestellt worden wäre. Es ist dann Sache des Verletzten, im Wege der Replik die besonderen Gründe darzulegen, die ihn davon abgehalten haben, sich der Operation zu unterwerfen, wie dies bereits in dem erwähnten Urteil Entsch. des RG. in Zivils. B. 60 S. 151 ff. ausgeführt ist. In den etwa schwebenden Rechtsstreit der Parteien gehören die zwischen ihnen geführten Verhandlungen über die verlangte Operation an sich nicht hinein. Selbstverständlich kann aber eine während des Laufes des Rechtsstreits von dem Schadenersatzpflichtigen an den Verletzten gerichtete Aufforderung des vorher bezeichneten Inhalts und deren ungerechtfertigte Ablehnung noch im Rechtsstreite selbst zur Geltendmachung jenes Einwandes verwertet werden, soweit nach den Vorschriften der Prozeßordnung neue Anführungen tatsächlichen Inhalts noch statthaft sind. Bis aber hiernach ein solcher Einwand dem Schadenersatzpflichtigen wirklich erwachsen ist, erscheint der an sich gegebene Schadenersatzanspruch des Verletzten nach Maßgabe der sonstigen Sachlage in vollem Umfange begründet.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Sonntagsarbeit während des Krieges.

Ein Erlaß des preußischen Ministers für Handel und Gewerbe v. 5. Aug. d. J. (HMBl. S. 442) führt, im Einvernehmen mit dem Reichskanzler, aus: Die gesetzlichen Bestimmungen über die Beschäftigung von gewerblichen Arbeitern an Sonn- und Festtagen finden nach § 105c Abs. 1 Nr. 1 der Gewerbeordnung auf Arbeiten, welche in Notfällen oder im öffentlichen Interesse unverzüglich vorgenommen werden müssen, keine Anwendung. Zu diesen Arbeiten gehören solche, welche im Interesse der Mobilmachung des Heeres notwendig und für die Beschleunigung der Mobilmachung dienlich sind. Es sind darunter nicht nur die Arbeiten derjenigen Unternehmer zu rechnen, welchen von Militär- und Marinebehörden Mobilmachungslieferungen oder Leistungen vertragsmäßig oder freihändig aufgegeben sind, sondern auch die Arbeiten, welche von andern Unternehmern für die Militär- oder Marinelieferanten zur Erfüllung der seitens der Heeres- oder Marineverwaltung gestellten Aufträge geleistet werden.

Für die Dauer des Krieges werden alle Sonntagsarbeiten, die für den Heeresbedarf und für die Lebensmittelversorgung des Heeres und der Bevölkerung zu leisten sind, nicht zu beanstanden sein.

Fürsorge von Arbeitgebern für die zur Fahne Einberufenen.

Die Firma Krupp in Essen teilte ihren Werksangehörigen am 1. August mit:

Im Falle der Mobilmachung gilt für die zu den Fahnen einberufenen Arbeiter der Gußstahlfabrik folgendes:

1. Die Lohnabrechnung mit den Einberufenen erfolgt in beschleunigtem Verfahren unter vorläufiger Abschätzung des Lohnguthabens. Die für Miete, Menagelieferungen und sonstige Leistungen der Firma geschuldeten Beträge gelten als gestundet. Etwaige noch nicht eingezogenen Geldstrafen werden niedergeschlagen.

2. Jeder Einberufene erhält als Beitrag zu den mit der Mobilmachung verbundenen Ausgaben ein Geschenk der Firma, das für Verheiratete 30 M., für Unverheiratete 10 M. beträgt.

3. Für die zurückbleibenden Familien der Einberufenen soll in noch näher zu bestimmender Weise gesorgt werden. Zunächst soll ihnen für die auf den Mobilmachungstag folgenden zwei Lohnperioden neben der zu erwartenden reichsgesetzlichen Unterstützung die Hälfte des durchschnittlichen Arbeitsverdienstes des Einberufenen gezahlt werden.

4. Im Verhältnis zur Arbeiterpensionskasse und zur Krankenkasse gelten die Einberufenen für die Dauer ihrer Mobilmachung als beurlaubt. Die bisher erworbenen Pensionsanwartschaften bleiben demgemäß in Kraft, auch behalten die Familien den Anspruch auf freie ärztliche Behandlung. Nähere Bestimmungen hierüber werden von den Vorständen der beiden Kassen erlassen. Die Beamten, die zum Dienst im Heer oder in der Marine einberufen werden, gelten zunächst auf die Dauer von drei Monaten oder, falls die Demobilisierung früher erfolgen sollte, bis zu diesem Zeitpunkt unter Fortzahlung des Gehalts als beurlaubt. Die Ansprüche an die Beamtenpensionskasse bleiben daher satzungsgemäß aufrechterhalten. Bei verheirateten Beamten wird das Gehalt an die Ehefrau ausgezahlt, für welche

Digitized by Google

eine Vollmacht auszustellen ist. Falls eine andere Art der Zahlung gewünscht wird, so ist dies bei der Gehaltskasse vorzubringen. Bei unverheirateten Beamten wird das Gehalt je nach Wunsch entweder gutgeschrieben oder an einen besonderen bevollmächtigten Empfänger ausgezahlt. Die Außenwerke werden vorstehende Bestimmungen auf ihre Werksangehörigen sinngemäß anwenden.

Die Lederfabrik Freudenberg in Weinheim an der Bergstraße zahlt für die Familien ihrer eingezogenen Mannschaften täglich 1000 M. Von den zurückgebliebenen 3000 Arbeitern der Firma geben die Ledigen 15, die Verheirateten 10 v. H. ihres Lohnes für diese Familien ab. — Die Zentraldirektion der Deutschen Bank hat ihren einberufenen Beamten mitgeteilt, daß sie bereit sei, das Gehalt weiter zu zahlen, und daß sie sich entschlossen habe, den betreffenden Angestellten, die es wünschen, das Gehalt für einen Monat im voraus zu gewähren. — Der Zentralverband für das deutsche Bank- und Bankiergewerbe hat auf eine Eingabe des Deutschen Bankbeamtenvereins hin in einem Rundschreiben seine Mitgliedsfirmen aufgefordert, den zur Fahne berufenen Angestellten in bezug auf die Weiterzahlung des Gehalts weitgehendes Entgegenkommen zu gewähren.

Aerztliche Versorgung während des Krieges.

In der Sitzung v. 1. Aug. d. J. hat der Bundesrat folgendes beschlossen: 1. die zuständigen Landeszentralbehörden — § 1 der Prüfungsordnung für Aerzte — zu ermächtigen, den Kandidaten der Medizin, welche die ärztliche Prüfung abgelegt, das praktische Jahr aber noch nicht beendet haben, unter Befreiung von der Ableistung des Restes des praktischen Jahres die Approbation als Arzt sofort zu erteilen. 2. die nach Nr. 1 erteilte Ermächtigung bis auf weiteres auch auf diejenigen Kandidaten der Medizin zu erstrecken, die nach dem Ergehen dieses Beschlusses die ärztliche Prüfung ablegen. 3. die zuständigen Behörden zu beauftragen, den gemäß Nr. 1 2 zu approbierenden Kandidaten der Medizin bei Erteilung der Approbation zu Protokoll zu eröffnen, die Erteilung erfolge in der Erwartung, daß die Kandidaten — soweit sie nicht heeresdienstpflichtig und -fähig sind — den Behörden zur Verwendung an solchen Orten zur Verfügung stehen würden, in denen eine Verstärkung des ärztlichen Personals erforderlich erscheine.

Ferner ist angeregt worden, daß an geeigneten Orten neben approbierten Aerzten auch noch nichtapprobierte Mediziner zur Kassenpraxis herangezogen werden. Die Reichsregierung hat sich schon hiermit einverstanden erklärt, da die durch den Krieg verursachten Verhältnisse als dringende im Sinne des § 122 RVO. anzusehen seien; die Reichsregierung hält Medizinalpraktikanten und Studierende der Medizin, die bereits zwei klinische Semester beendet haben, als Hilfspersonen im Sinne des § 122 für geeignet. Die einzelstaatlichen Regierungen sind von dem Reichsamt des Innern entsprechend verständigt worden. Der Verband ist ersucht worden, die Betriebskrankenkassen hiervon zu unterrichten. Selbstverständlich werden die Krankenkassen diese Bestrebungen auf das Nachdrücklichste unterstützen.

Im Anschluß an diese Maßnahmen führt Dr. Mamlock im Berl. Tagebl. aus, daß von einem Mangel an Aerzten keine Rede sein könne. „Insbesondere liegen für Berlin die Verhältnisse so, daß mehr als zuviel Aerzte für die Zivilbevölkerung bereit sind. Und ganz genau so verhalten sich die Dinge anderwärts im Reich, wobei selbstverständlich zu bemerken ist, daß auch in Friedenszeiten einzelne Landgegenden gelegentlich den Bedarf nicht decken können. Zweifellos werden aber die kriegerischen Verhältnisse jetzt die Aerzte veranlassen, auch in die sonst weniger begehrten Orte zu gehen. Jedenfalls werden die Behörden sowie die Standesvertretungen für einen tunlichen Ausgleich und zweckmäßige Verteilung sorgen.

Groß-Berlin hatte nach der letzten Zählung 4151 Aerzte, das heißt auf 10 000 Einwohner 11,09. Dies Verhältnis ist aber ein viel zu ungünstiges und hat die bekannten Unzuträglichkeiten zur Folge, die mehr als wünschenswert die Oeffentlichkeit beschäftigten. Die Verhältnisse liegen in den meisten deutschen Großstädten nicht viel anders.

Nun sind allerdings mit der Mobilmachung die gesamten Aerzte des Beurlaubtenstandes zur Verfügung der Militärbehörde (für den Landwehrbezirk Berlin rund 700); aber man darf nicht vergessen, daß ja ein entsprechender Teil der Zivilbevölkerung zurzeit im Felde steht und damit für die eigentliche privatärztliche Tätigkeit ausscheidet. Ferner sind von den Aerzten des Beurlaubtenstandes viele, die im Frieden keine Praxis getrieben haben, sondern in irgendwelchen beamteten Stellungen tätig waren, diese kommen also nicht eigentlich für den Ausfall in Betracht. Berücksichtigt man diese Verhältnisse, und setzt man die Verkleinerung der eigentlichen Zivilbevölkerung während des Krieges in Rechnung, so erkennt man ohne weiteres, daß bei der notorischen Ueberproduktion an Medizinern ein Mangel sich nicht fühlbar machen wird. Das geht auch weiter aus dem Umstand hervor, daß sich der Militärverwaltung so viel freiwillige Aerzte zur Verfügung gestellt haben, daß an ihre Verwendung nicht entfernt zu denken ist. Man muß nämlich berücksichtigen, daß die Aerzte der Reserve beziehungsweise der Landwehr (oder Seewehr) schon ein überaus stattliches Kontingent stellen: Preußen verfügt über 3793, Bayern über 1000, Sachsen über 732, Württemberg über 243; ferner kommen dazu 400 Marineärzte des Beurlaubtenstandes. (Nach dem Reichsmedizinalkalender für 1913.) Die Militärverwaltung ist also so reichlich mit Aerzten versehen, daß von den zurückbleibenden Zivilärzten wohl nur verschwindend wenige Aussicht haben, eventuell herangezogen zu werden. Und als vor wenigen Tagen das Potsdamer Garnisonlazarett Stellen ausschrieb, war ein Ueberangebot von Kräften vorhanden. Das gleiche war der Fall bei den Meldungen für die Tätigkeit beim Roten Kreuz. Auch hier stehen mehr als zu viel Kräfte zur Verfügung. Selbst wenn etwa im Verlauf oder am Ende des Krieges manche ansteckenden Krankheiten vermehrt auftreten sollten, so sind dank unserer Medizinalgesetzgebung Epidemien, die besondere Anforderungen an die ärztliche Versorgung stellen könnten, in nennenswertem Umfang kaum zu erwarten, zumal das Militärsanitätswesen alle Vorsorge getroffen hat gegen etwaige Einschleppung aus den feindlichen Staaten.

Digitized by Google

Zu alledem kommt noch ein psychologisches Moment, das aber nicht unterschätzt werden darf. Anscheinend wird, das hört man jetzt vielfach in der Praxis, der Arzt nicht so leicht wegen Kleinigkeiten in Anspruch genommen wie in ruhigen Tagen. Der Ernst der Zeit und die allgemeine Not lassen vielfach die tausend kleinen Beschwerden zurücktreten; ferner ist in der Kassenpraxis durch die Verwaltungen der Krankenkassen dafür gesorgt, daß nicht etwa die plötzliche Häufung der Krankheitsfälle infolge der Arbeitslosigkeit zu einer übertriebenen Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe Veranlassung gibt. So werden also wohl nur wenige der „notgeprüften" Kollegen ein ergiebiges Arbeitsfeld vorfinden.

Das gleiche dürfte der Fall sein mit den Vertretern für die im Felde befindlichen Aerzte. Auch hier scheint schon jetzt das Angebot, wenigstens stellenweise, erheblich größer zu sein als die Nachfrage.

Alles in allem wird jedenfalls die Reichshauptstadt — und ähnlich werden sich wohl anderwärts die Dinge auch gestalten — nicht in Verlegenheit kommen, und jedermann wird ausreichende ärztliche Hilfe stets zur Verfügung haben. Allerdings sind, wie wir hier bereits mitgeteilt haben, einige unserer ersten Chirurgen, die als Consiliarii Weltruf genießen, zurzeit im Dienste des Heeres; aber es sind auch immer noch für wirklich dringende Fälle hervorragende Kräfte vorhanden, so daß ein Grund zu irgendwelcher Besorgnis nicht gegeben ist."

Arbeitslosenversicherung und Arbeitslosenfürsorge in Bayern.

Hierüber teilen wir aus dem Reichs-Arbeitsblatt (1914 Nr. 1) auszugsweise folgendes mit:

Da ohne eine finanzielle Beteiligung des Staates an den Lasten der Arbeitslosenversicherung deren Einführung durch die Städte schwer zu erreichen ist, hat sich die bayer. Regierung im Hinblick auf die starke Arbeitslosigkeit und die Anträge von verschiedenen Seiten, besonders auch des Bayerischen Städtetags, entschlossen, durch staatliche Zuschüsse zu den gemeindlichen Aufwendungen die Schaffung von Arbeitslosenversicherungs-Anstalten zu fördern. Im Etat des Ministeriums des Innern für 1914 und 1915 sind deshalb unter Ziffer VII, Etat für Arbeiterversicherung und Arbeitsvermittlung, 75 000 M. für Zwecke der gemeindlichen Arbeitslosenversicherung neu angefordert worden. . . . .

Die Denkschrift betont, daß die Gewährung der staatlichen Zuschüsse ebenso wie die Einrichtung der Arbeitslosenversicherung der Gemeinden zunächst nur als Versuch gedacht ist, und daß die Zuschußleistung wieder eingestellt werden muß, wenn sich unerwünschte Folgen zeigen. Da aber erst nach mehrjähriger Erfahrung ein sicherer Schluß gezogen werden kann, wird die Bereitstellung von 100 000 M. für 1916 und 1917 in Aussicht genommen.

Die Gewährung der staatlichen Zuschüsse an die Gemeinden beabsichtigt die Staatsregierung von der Einhaltung folgender allgemeiner Grundsätze abhängig zu machen, die hier wörtlich wiedergegeben werden:

Eine Maßnahme, durch die man ein Uebel zu bekämpfen sucht, darf nicht auf der anderen Seite so große Nachteile im Gefolge haben, daß dadurch der Wert der Maßnahme in Frage gestellt wird. Bei Einführung einer Arbeitslosenversicherung ist besondere Vorsicht geboten. Namentlich muß im Interesse der Allgemeinheit wie auch zur tunlichsten Sicherung eines günstigen Erfolges von vornherein dafür Sorge getragen werden,

daß die Möglichkeit eines Mißbrauchs der Versicherung durch Arbeitsscheue oder durch Personen, die entweder überhaupt nicht oder aus eigener Schuld arbeitslos sind, hintangehalten und nur Deckung gegen solche Arbeitslosigkeit geboten wird, deren Gründe außerhalb der Person des Versicherten liegen,

daß das Verantwortlichkeitsgefühl und der Anreiz zum Aufsuchen von Arbeit aufrecht erhalten bleibt und nur eine Förderung der Selbsthilfe Platz greift,

daß die volle Unparteilichkeit im Kampfe zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern gewahrt bleibt und jede Begünstigung der Arbeitnehmerorganisationen oder ihrer Mitglieder vermieden wird, endlich

daß eine Förderung der Landflucht hintangehalten wird.

Es wird daher die Gewährung eines staatlichen Zuschusses an die einzelnen Gemeinden, die eine gemeindliche Arbeitslosenversicherung einführen, davon abhängig gemacht, daß sowohl bei der Einrichtung wie auch bei der Durchführung der Arbeitslosenversicherung den vorbezeichneten Anforderungen entsprochen wird, und insbesondere die nachstehenden allgemeinen Grundsätze eingehalten werden:

1. Die gemeindliche Versicherung darf sich nur auf Personen erstrecken, die regelmäßig im Hauptberuf als Arbeitnehmer erwerbstätig sind.

   Von der Aufnahme sind auszuschließen:

   a) Personen, die dauernd erwerbsunfähig oder nur mehr zur Hälfte oder in noch geringerem Grade erwerbsfähig sind,
   b) Personen, die bereits anderweitig ausreichend gegen die Folgen der Arbeitslosigkeit versichert sind,
   c) Ausländer.

2. Arbeiter, die früher in land- oder forstwirtschaftlichen Betrieben außerhalb der Stadt beschäftigt waren, dürfen in die gemeindliche Versicherungskasse erst aufgenommen werden, wenn seit dem Wegzuge vom Lande wenigstens drei Jahre verflossen sind.

   Andere Arbeiter müssen unmittelbar vor der Aufnahme mindestens 6 Monate lang in der Stadt wohnhaft oder beschäftigt gewesen sein, sofern sie nicht in der Stadt ihre Heimat (später ihren Unterstützungswohnsitz) besitzen oder schon an ihrem bisherigen Aufenthaltsort einer gemeindlichen Arbeitslosenversicherung angehört haben.

   Abs. 1 gilt nicht für Arbeiter, die innerhalb der Stadt dauernd in landwirtschaftlichen Betrieben beschäftigt sind.

3. Unterstützung, d. i. sowohl die Unterstützung der Versicherungskasse wie der gemeindliche Zuschuß darf nicht gewährt werden, wenn die Arbeitslosigkeit freiwillig oder durch eigenes Verschulden oder durch Ausstand (Streik), Aussperrung oder

Digitized by Google

Arbeitsunfähigkeit verursacht ist. Kündigung oder Verlassen der Arbeit durch die Arbeitnehmer gelten im Zweifel als freiwillige Aufgabe der Arbeit. Die Arbeitslosigkeit gilt als unfreiwillig und unverschuldet, wenn sie durch eine Einberufung zu militärischer Dienstleistung herbeigeführt worden ist.

Der gemeindliche Zuschuß ist auch dann zu versagen, wenn die Arbeitslosigkeit nur mittelbar durch Streik oder Aussperrung, sei es der Versicherten selbst oder anderer, verursacht ist.

4. Die Versicherten (das sind im Sinne der Mustersatzung sowohl die Mitglieder der Versicherungskasse wie die Mitglieder der zugelassenen Vereine und die zugelassenen Sparer) erhalten zunächst keine Geldunterstützung, sondern nur ein Vorrecht auf Zuweisung von Arbeit durch das gemeindliche Arbeitsamt vor den Nichtversicherten. Erst wenn Arbeit nicht nachgewiesen ist und eine mindestens siebentägige Wartezeit seit Anmeldung der Arbeitslosigkeit beim Arbeitsamte verflossen ist, darf die Geldunterstützung beginnen.
5. Die Unterstützung muß versagt werden, solange ein arbeitsloses Mitglied nachgewiesene Arbeit unberechtigt verweigert. Die Versicherten sind verpflichtet, jede für sie geeignete und entsprechend gelohnte Arbeit, auch auswärts und außerhalb des Berufs, anzunehmen. Diese Verpflichtung besteht auch dann, wenn der angebotene Lohn hinter dem bisher bezogenen Lohne zurückbleibt, sofern nur der gebotene Lohn dem am Orte der angebotenen Beschäftigung bestehenden tarifmäßigen Lohne oder in Ermangelung eines solchen dem ortsüblichen Lohne für die nachgewiesene Arbeit entspricht und die etwaigen Reisekosten nicht außer Verhältnis zu dem zu erwartenden Verdienste stehen.

Eine Verpflichtung zur Annahme nachgewiesener Arbeit besteht nicht, wenn die Arbeit unverhältnismäßig schwerer als die geübte oder zu einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit im geübten Berufe zu führen geeignet oder durch Ausstand oder Aussperrung frei geworden ist. Verheiratete sind zur Annahme von Arbeit außerhalb ihres gewöhnlichen örtlichen Arbeitsbereichs nicht verpflichtet, wenn die Entfernung des Arbeitsorts die Obsorge für die Familie und den Verkehr mit ihr derart erschweren würde, daß die Annahme der Arbeit billigerweise nicht mehr zugemutet werden kann. Hierbei sind die Entfernungen, bis zu denen verheiratete Arbeiter auch sonst auswärtige Arbeit anzunehmen pflegen, entsprechend zu berücksichtigen.
6. Weiblichen Arbeitnehmern darf, wenn sie überhaupt zur Versicherung zugelassen werden, keinerlei Zuschuß aus öffentlichen Mitteln gewährt werden.

Männlichen Arbeitnehmern darf ein solcher nur zugewendet werden, wenn sie in der Gemeinde das Heimatrecht (später den Unterstützungswohnsitz) besitzen oder seit mindestens einem Jahre daselbst wohnhaft oder beschäftigt sind.

7. Die Unterstützung darf innerhalb 52 Wochen für nicht länger als 10 Wochen oder 60 Werktage gewährt werden.
8. Der gemeindliche Zuschuß darf im Gesamtdurchschnitte die Hälfte des Betrages, der durch die eigenen Beiträge der Versicherten aufgebracht wird, nicht übersteigen.
9. Der Gesamtbetrag der Unterstützung mit Einschluß des gemeindlichen Zuschusses darf nur den notdürftigen Unterhalt ermöglichen und den von der Gemeinde zu bestimmenden Lebensmindestbedarf nicht überschreiten. Dieser Mindestbedarf ist für organisierte und nichtorganisierte Arbeiter gleich zu bemessen. Die Abstufung nach der Höhe des durchschnittlichen Arbeitsverdienstes ist zulässig. Mehr als das gesetzliche Krankengeld (d. i. die Hälfte des Grundlohns) darf keinesfalls gewährt werden.

Gewährt eine Organisation eine so hohe Unterstützung, daß sie zusammen mit dem gemeindlichen Zuschusse den Lebensmindestbedarf übersteigt, so wird der gemeindliche Zuschuß entsprechend gekürzt (vgl. Ziff. 17).
10. Die erstmalige Gewährung der Unterstützung ist davon abhängig zu machen, daß der Versicherte vorher mindestens 52 Wochenbeiträge an seine Versicherungseinrichtung entrichtet hat. Die Gewährung weiterer Unterstützungen ist gleichfalls von vorgängiger angemessener Beitragsleistung abhängig zu machen; hierbei sollen im allgemeinen auf 1 Unterstützungswoche mindestens 4 Beitragswochen treffen. Für je eine Woche der Mitgliedschaft bei der Versicherungseinrichtung darf immer nur ein Wochenbeitrag entrichtet werden.

Für Saisonarbeiter kann die Zahl der erstmaligen Beiträge bis auf 40 und die Zahl der später auf eine Unterstützungswoche zu fordernden Wochenbeiträge bis auf 3 herabgesetzt werden, wenn die Beiträge entsprechend höher bemessen werden.
11. Die Gewährung der Unterstützung ist ferner von dem Nachweis abhängig zu machen, daß der Versicherte innerhalb der letzten 52 Wochen vor dem Eintritt der Arbeitslosigkeit an wenigstens 100 Tagen Lohnarbeit verrichtet hat. Die Zeit einer militärischen Dienstleistung oder einer nachgewiesenen, mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Krankheit ist hierbei außer Betracht zu lassen. Dafür ist ein entsprechend langer, unmittelbar vor Beginn der letzten 52 Wochen liegender Zeitraum heranzuziehen.
12. Die Beiträge sollen so hoch bemessen werden, daß sie den voraussichtlichen Bedarf ohne den gemeindlichen Zuschuß decken.

Für Personen, die innerhalb eines mehrjährigen Zeitraums die Unterstützung nicht oder nur in geringem Grade beansprucht haben, können die Beiträge entsprechend ermäßigt werden; bei einer den Durchschnitt wesentlich übersteigenden Inanspruchnahme der Versicherung können sie erhöht werden.
13. Die arbeitslosen Versicherten (vgl. Ziff. 4) haben sich sowohl während der in Ziff. 4 bezeichneten Wartezeit wie auch während des Bezuges der Unterstützung täglich, auf Anordnung auch mehrmals im Tage, zu der ihnen bestimmten Zeit beim Arbeitsamte vor-

Digitized by Google

zustellen und die geforderten Aufschlüsse zu erteilen. Zuwiderhandlungen sind, soweit sie nicht den Ausschluß von der Versicherung zur Folge haben, mit gänzlicher oder teilweiser Entziehung der Unterstützung zu ahnden.

14. Jede Bevorzugung der Organisationen sowie jeder auch nur mittelbare Anreiz zum Anschluß an eine Organisation muß vermieden werden. Die Möglichkeit der Versicherung und die Erlangung des gemeindlichen Zuschusses muß demnach für die organisierten und die nichtorganisierten Arbeiter unter den gleichen allgemeinen Bedingungen und von dem gleichen Zeitpunkt ab offenstehen. Insbesondere darf den organisierten Arbeitern der gemeindliche Zuschuß nicht zugewendet werden, bevor auch die nichtorganisierten Arbeiter die für sie festgesetzte Wartezeit zurückgelegt haben können. Ebenso haben auch die organisierten Arbeiter erst dann Anspruch auf die gemeindliche Unterstützung, wenn sie die von der Gemeinde allgemein festgesetzten Bedingungen erfüllt haben.

Eine billige Berücksichtigung tatsächlicher Verhältnisse soll durch vorstehenden Grundsatz nicht ausgeschlossen werden. Namentlich soll nicht ausgeschlossen sein, daß einer Arbeitnehmerorganisation, die ihre sämtlichen aufnahmefähigen Mitglieder zur Versicherungskasse anmeldet und damit der Kasse eine größere Anzahl guter Risiken zuführt, eine entsprechende Ermäßigung der Beiträge eingeräumt oder bei Einhebung gleichhoher Beiträge die Gutschreibung und bedingungsweise Rückzahlung der nichtverbrauchten Beiträge zugestanden wird.

15. Die Mitglieder solcher Organisationen, die geringere Unterstützungen gewähren wie die allgemeine, von der Gemeinde eingerichtete Versicherungskasse, erhalten auch einen entsprechend geringeren Zuschuß.

16. Die Zuschüsse, die aus öffentlichen Mitteln zu den Leistungen der Arbeitnehmerorganisationen gewährt werden, sind nicht durch Vermittlung der Organisationen, sondern durch ein öffentliches Organ der Gemeinde unmittelbar an die Versicherten auszubezahlen. Die Auszahlung ist von dem Nachweise darüber abhängig zu machen, daß der Arbeitslose für den gleichen Zeitraum auch von seiner Organisation entsprechende Unterstützung erhalten hat.

17. Bei Zulassung der einzelnen Organisationen zur Teilnahme an den gemeindlichen Zuschüssen ist streng darauf zu sehen, daß die Organisationen in keiner Weise, auch nicht mittelbar, durch den gemeindlichen Zuschuß entlastet werden. Es dürfen demnach die Organisationen ihre bisherigen Arbeitslosenunterstützungen nicht mit Rücksicht auf den gemeindlichen Zuschuß herabsetzen, sondern müssen sie im gleichen Umfange weiterzahlen, damit nicht ein Teil der bisher für Arbeitslosenunterstützung ausgegebenen Mittel für andere Zwecke frei wird. Sie müssen die Unterstützungen selbst dann in ihrem bisherigen Umfange weitergewähren, wenn dies nach Ziff. 9 eine Kürzung des gemeindlichen Zuschusses zur Folge hat. Erreicht die bisherige Unterstützung bereits den Lebensmindestbedarf, so darf demnach die Organisation überhaupt nicht zugelassen werden. Jedoch soll eine Herabsetzung des täglichen Unterstützungssatzes insoweit zulässig sein, als diese Minderung durch eine Verlängerung der Unterstützungsdauer zweifellos ausgeglichen wird.

18. Zur Teilnahme an den öffentlichen Zuschüssen sind auch einzelne Sparer zugelassen, die ein Sparguthaben für den Fall der Arbeitslosigkeit sperren lassen, die Vorbedingungen für die Aufnahme in die Versicherungskasse erfüllt haben und sich den von der Stadt festgesetzten Bedingungen für die Abhebung unterwerfen. Die Zuschüsse zu den Abhebungen von den Sparguthaben können niedriger bemessen werden als die Zuschüsse zu den Leistungen der Versicherungskasse.

19. Die Anrechnung der Zeit vor der Eröffnung der Versicherungseinrichtung oder vor dem Beitritt sowie die Nachentrichtung der hierauf treffenden Beiträge darf nur für einen Zeitraum von höchstens 13 Wochen gestattet werden.

Durch vorstehende Grundsätze sollen nur die Grenzen bestimmt werden, innerhalb deren sich jede gemeindliche Arbeitslosenversicherung zu halten hat.

Im übrigen wird es den Städten selbst überlassen, in welcher Form sie die freiwillige Arbeitslosenversicherung einführen wollen. Insbesondere wird ihnen hinsichtlich der organisierten Arbeiter anheimgegeben, ob sie Zuschüsse zu den Leistungen der Organisationen geben oder verlangen wollen, daß auch die organisierten Arbeiter vollständig oder doch teilweise sich bei der gemeindlichen Versicherungskasse versichern und Beiträge dahin entrichten.

Der staatliche Zuschuß an die Gemeinden wird, soweit es die verfügbaren budgetmäßigen Mittel gestatten, derart bemessen werden, daß den Gemeinden etwa ein Drittel ihres Aufwandes für die zu den Versicherungsleistungen zu gewährenden öffentlichen Zuschüsse ersetzt wird. Aufwendungen für Personen, die das 65. Lebensjahr bereits überschritten haben, werden hierbei nicht berücksichtigt.

Digitized by Google

Literarisches.

Entscheidungen und Mitteilungen des Reichsversicherungsamts, herausgegeben von den Mitgliedern. 1. Band. Berlin 1914, Verlag von Behrend & Co. Preis 7,50 M., für Bezieher der „Amtl. Nachr. d. RVA." 6 M.

Das Ziel dieser Sammlung ist, in Verbindung mit den Amtl. Nachr. des RVA. eine einheitliche Quelle für die Auffindung alles dessen zu schaffen, was am Wissenswertem aus der amtlichen Arbeit der an der Durchführung der Arbeiterversicherung beteiligten Stellen erwächst. Danach wird im allgemeinen von einer Wiederholung des in den Amtl. Nachrichten enthaltenen Stoffes, insbesondere der statistischen Nachweisungen und allgemeinen Ausführungsanordnungen in Rundschreiben, Anweisungen usw. abgesehen, anderseits aber werden nicht nur die grundsätzlichen Entscheidungen aus den Amtl. Nachr., sondern auch die grundsätzlichen Entscheidungen aus den Veröffentlichungen der Landesversicherungsämter wiedergegeben. Außerdem soll alles gebracht werden, was an Entscheidungen (im weitesten Sinne) der Versicherungs- und anderen Behörden, an sonstigen Aeußerungen amtlicher Stellen und ärztlichen Obergutachten für die an der Arbeiterversicherung Beteiligten allgemeine Bedeutung hat. —

Dieses Programm spricht für sich selbst und der vorliegende, überaus reichhaltige, erste Band bezeugt den hohen Wert, den die Sammlung für alle Beteiligten haben wird. Bei der Fülle des Stoffes wird dieser Wert selbstverständlich in hohem Maße durch die Anordnung mit bestimmt. Sie kann als mustergültig bezeichnet werden. Den nach der Gesetzesfolge geordneten Entscheidungen der Versicherungsbehörden aus den Jahren 1911 bis 1913 folgen sonstige Mitteilungen dieser Behörden, Entscheidungen anderer Behörden, Obergutachten usw. Ein vorausgeschicktes Inhaltsverzeichnis nach der Reihenfolge der abgedruckten Entscheidungen usw., sowie am Ende ein vortrefflich gearbeitetes alphabetisches Sachverzeichnis und ein Gesetzesregister sichern eine bequeme Handhabung des XVIII und 473 Seiten umfassenden Bandes.

Jahrbuch der Rechtsprechung zum Verwaltungsrecht, 6. Jahrgang, herausgegeben von Hofrat Dr. Soergel. Stuttgart 1914 bei W. Kohlhammer. Preis geb. 7 M.

Wir verweisen auf unsere Besprechung des fünften Bandes im Jahrg. 1913 S. 623, den wir, wie seine Vorgänger, als ein wichtiges Nachschlagewerk und Hilfsmittel, sich auf dem laufenden zu erhalten, allen denen empfehlen konnten, die im Gebiete des Verwaltungsrechts tätig sind. Der neue Band, der die Rechtsprechung der Jahre 1912 und 1913 zu nicht weniger als 397 Gesetzen und Verordnungen enthält, verdient das gleiche Lob nicht nur wegen seiner Reichhaltigkeit, sondern auch wegen der Klarheit in der knappen Wiedergabe alles Wesentlichen, wegen der großen Sorgfalt der Bearbeitung und der übersichtlichen Gestaltung, die in Verbindung mit dem alphabetischen Register die Nutzbarmachung des reichen Materials erleichtert.

Reichsversicherungsordnung nebst Einf.-Ges. mit Erläuterungen. Von Dr. v. Köhler, J. Biesenberger, H. Schäffer, Dr. Schall. Ergänzungsband I. Teil, 2. Lieferung. Stuttgart 1914 bei W. Kohlhammer. Preis 2 M.

Diese Nachtragslieferung zu der durch große Klarheit, bei aller Knappheit, ausgezeichneten Handausgabe bringt die wesentlichsten von den amtlich veröffentlichten Uebergangs- und Ausführungsbestimmungen des Reichs zur Unfallversicherung in systematischer Anordnung, einschließlich der nach dem Inkrafttreten der RVO. ergangenen internationalen Abkommen. Die Vorschriften sind, soweit notwendig, erläutert. Dies gilt insbesondere für die internationalen Verträge, denen eingehende, auf das amtliche Material und die ergangenen Entscheidungen sich stützende Bemerkungen beigefügt sind. Ein genaues Inhaltsverzeichnis und ein ausführliches alphabetisches Sachregister erleichtert den Gebrauch des Buches.

Taschenbuch zur Untersuchung und Begutachtung von Unfallkrankheiten. Herausgegeben von Dr. W. Cimbal. Berlin 1914 bei Julius Springer. Preis 5,60 M.

In der anspruchslosen Form eines, übrigens trefflich ausgestatteten, bequem mit sich zu führenden Form eines Taschenbuches (213 S.) bietet der Herausgeber, unter Mitarbeit hervorragender und bewährter Praktiker, einen wertvollen Inhalt, nämlich eine sachkundige, zuverlässige Anleitung für Aerzte zur Abfassung klarer und mit dem Stande der Wissenschaft übereinstimmender Gutachten in Unfallversicherungssachen. Zunächst wird der Rechtsstoff dargestellt, dann folgen in der Bearbeitung durch je einen spezialistisch vorgebildeten und erfahrenen Gutachter folgende Abschnitte: Chirurgische Unfallkrankheiten (Dr. L. Süßenguth, Altona), Innere Unfallkrankheiten (Dr. H. Neumann, Hamburg), Unfallkrankheiten des Auges (Dr. C. Behr, Kiel), des Ohres (Prof. Dr Hegener, Hamburg), der Nerven (Dr. Cimbal, Altona), Bemerkungen zur pathologischen Anatomie der posttraumatischen Schädigungen des Zentralnervensystems (Dr. A. Jakob, Hamburg-Friedrichsberg) nebst verschiedenen Rententabellen.

Die Fabriksparkasse. Von Dr. J. Altenrath, Charlottenburg. Berlin 1914, Carl Heymanns Verlag. Preis 60 Pf., in Partien billiger.

Die Schrift ist als Heft 8 der Flugschriften der Zentralstelle für Volkswohlfahrt erschienen und ist, wie die sonstigen Veröffentlichungen dieser Stelle, bestens geeignet, sozialpolitisch und sozialhygienisch aufklärend und anregend zu wirken. Sie behandelt die Aufgaben und die praktische Einrichtung von Fabrikssparkassen, im wesentlichen auf Grund von Vorträgen und Mitteilungen der am 28. Mai 1913 veranstalteten ersten Konferenz für Fabrikwohlfahrtspflege, so daß sie als praktischer Ratgeber bei der Einrichtung und Verwaltung solcher Kassen gute Dienste wird leisten können.

Digitized by Google

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und recht deutlich zu schreiben.

Kassenleistungen an Kriegsteilnehmer.

1. **Auf viele Anfragen** ergibt sich die Antwort aus dem Aufsatz von Geh. Justizrat Hahn im Heft 24. Nachgetragen sei im Hinblick auf die in den Anfragen ausgedrückten Zweifel folgendes: Für die Ansprüche aus der Krankenversicherung ist die Ursache der Krankheit und des Todes bekanntlich ohne Bedeutung. Besteht also die Kassenmitgliedschaft des Kriegsteilnehmers als Pflichtmitgliedschaft oder infolge freiwilliger Weiterversicherung fort, so ist ein Anspruch selbstverständlich auch bei Krankheit oder Tod infolge einer Verwundung im Kriege gegeben. Der Anspruch auf Krankengeld setzt nur Arbeitsunfähigkeit, nicht einen tatsächlich eingetretenen Erwerbsverlust voraus. Es ist nicht erforderlich, daß dem Kranken tatsächlich ein Arbeitsverdienst entgeht. Nicht der erweisliche Vermögensschade, sondern die Einbuße an dem Rechtsgute der Fähigkeit zum Erwerbe als solche soll durch die Sozialversicherung ausgeglichen werden (vgl. Siefart, Begriff der Erwerbsunfähigkeit, 3. Aufl. S. 159 ff. und in Monatsschr. f. Arb. und Angest.Vers. 1913 Sp. 6; Entsch. des RGZS. 77 S. 368). Wie es daher dem Anspruch auf Krankengeld nicht entgegensteht, daß der Versicherte trotz seiner Arbeitsunfähigkeit seinen Lohn weiter bezieht (Entsch. des preuß. OVG. in Arb.-Vers. 1894 S. 171), so bleibt der Anspruch auf Krankengeld auch davon unberührt, daß der Versicherte als Kriegsteilnehmer ohnehin keine Möglichkeit des Erwerbs hat und folglich durch die Arbeitsunfähigkeit keinen Vermögensschaden erleidet. Die abweichende Auffassung von Kaskel ist auch, wie wir seinerzeit berichtet haben (Heft 1 S. 24), lebhaftem Widerspruch begegnet. Was den Anspruch der Hinterbliebenen auf Sterbegeld betrifft, so ist er nach § 203 RVO. freilich davon abhängig, daß sie mit dem Verstorbenen zur Zeit seines Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben. Aber diese Gemeinschaft ist nicht im Sinne tatsächlichen gemeinschaftlichen Verweilens in derselben Häuslichkeit im Augenblick des Todes zu verstehen, sondern sie ist gegeben, wenn eine gemeinsame Häuslichkeit besteht und die Beteiligten die Absicht, darin zu leben, nicht dauernd aufgegeben haben. Vorübergehendes, insbesondere unfreiwilliges Fernbleiben hebt die häusliche Gemeinschaft nicht auf, namentlich dann nicht, wenn es veranlaßt ist durch die Erfüllung der vornehmsten Staatsbürger- und Ehrenpflicht. Hieran zu rühren, sollte niemandem einfallen — gerade jetzt nicht!

Unfall eines landwirtschaftlichen Gespannführers bei einer Kriegsleistung.

2. **Nach Graudenz.** Frage: Auf Grund des Kriegsleistungsgesetzes mußte ein Gutsbesitzer mehrere Gespanne mit Führern stellen, die bei ihm in Brot und Lohn stehen und Mitglied der Landkrankenkasse sind. Während dieser Leistung verunglückte ein Gespannführer, zog sich einen Beinbruch zu und mußte ins Krankenhaus geschafft werden. Wir bitten um Auskunft, welche Berufsgenossenschaft einzutreten hat und wer die Verpflichtung der ärztlichen Fürsorge während der ersten 13 Wochen zu übernehmen hat. Die Tätigkeit im Dienste des Reiches dauerte mehrere Tage.

Antwort: Nach der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts tritt in solchen Fällen der Gespannführer in den Betrieb der Heeresverwaltung über, so daß diese als Unternehmerin und Trägerin der Unfallversicherung (vertreten durch die zuständige Intendantur) für den Unfall aufzukommen hat (zu vgl. Handb. der UnfVers. I S. 148 Anm. 105 zu § 1 GUVG.). Dem entsprechend besteht auch für die ersten 13 Wochen und darüber hinaus keine Leistungspflicht der Landkrankenkasse, weil der Gespannführer aus der landwirtschaftlichen Beschäftigung ausgetreten und in den Betrieb der Heeresverwaltung eingetreten war. Leistungspflichtig ist also, wenn nicht für letzteren Betrieb etwa eine Betriebskrankenkasse besteht, die allgemeine Ortskrankenkasse.

Hausgewerbtreibende können während des Krieges die Krankenversicherung nicht freiwillig fortsetzen.

3. **Nach Burkhardtsdorf i. S.** Frage: Durch § 8 des Gesetzes vom 4. August 1914 (Arb.Vers. S. 569) sind die Vorschriften der RVO. über die hausgewerbliche Krankenversicherung außer Kraft gesetzt worden. Viele Krankenkassenvorstände sind der Ansicht, daß die davon betroffenen Hausgewerbtreibenden auf Grund von § 313 der RVO. die Mitgliedschaft freiwillig fortsetzen können. Da für Hausgewerbtreibende der Ortslohn, für Nichtlandkrankenkassenpflichtige der Grundlohn gilt, so wäre man im Zweifel, welcher Beitragsklasse die Hausgewerbtreibenden angehören bezw. beitreten könnten. Wir sind der Meinung, daß vom 4. August an die

Digitized by Google

Hausgewerbtreibenden die Mitgliedschaft nicht freiwillig fortsetzen können und bitten um Mitteilung Ihrer Ansicht.

Antwort: Wir teilen Ihre Auffassung. Der § 313 RVO. setzt Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung voraus. Ein solches Ausscheiden hat das preuß. OVG. auch angenommen, wenn durch Erhöhung des Einkommens eine Aenderung des Beschäftigungsverhältnisses aus einem versicherungspflichtigen in ein versicherungsfreies stattfindet (Entsch. 51 S. 354, Arb.Vers. 1908 S. 421). Wenn aber infolge einer Gesetzesänderung bei unverändertem Beschäftigungsverhältnis die Versicherungspflicht aufhört, so kann nur von einem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht, nicht aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung die Rede sein. So liegt die Sache jetzt hinsichtlich der Hausgewerbtreibenden. Es kommt noch hinzu, daß ihr Recht zur Weiterversicherung nach § 313 in der RVO. besonders vorgesehen war, nämlich in § 468 in Verbindung mit § 447 Abs. 3; da auch diese Vorschrift durch das Gesetz vom 4. August außer Kraft gesetzt ist, fehlt es gegenwärtig an jeder gesetzlichen Grundlage für die Weiterversicherung der Hausgewerbtreibenden.

Vorstand und Ausschuß der Krankenkassen. Zulassung Dritter zu den Sitzungen der Kassenorgane.

4. Nach Br. Antwort: a) Auch wenn die Satzung bestimmt, daß die Mitglieder des Vorstandes zu den Sitzungen des Ausschusses geladen und auf Verlangen gehört werden müssen, so folgt daraus nicht, daß sie dort Anträge stellen, d. h. Vorschläge machen könnten, über die der Ausschuß abstimmen müßte. Sie sind lediglich befugt, an der Beratung teilzunehmen. Noch weniger kann dem Kassenführer, der nicht Vorstandsmitglied ist, ein Recht zustehen, Anträge zu stellen. b) Der Ausschuß kann bestimmen, in welcher Reihenfolge er über die vom Vorstand satzungsgemäß zur Beratung bestimmten Gegenstände verhandeln will. c) Wenn das Gesetz bestimmt, daß die Sitzungen der Organe der Versicherungsträger nicht öffentlich sind (§ 11 RVO.), so sollte damit gesagt sein, daß nicht wahllos jedermann zugelassen werden sollte, vor allem niemand einen Anspruch auf Zulassung habe. Das schließt aber nicht aus, daß von Fall zu Fall einzelnen Personen, wie z. B. Aerzten, gestattet werde, den Sitzungen beizuwohnen, sofern dies nicht dem Interesse der Kasse zuwiderläuft. Insoweit können auch Pressevertreter zugelassen werden. Auch dürfen Berichte über die Verhandlungen veröffentlicht werden, soweit es sich nicht um Gegenstände handelt, deren Geheimhaltung das Gesetz ausdrücklich vorschreibt, wie in §§ 141 ff. (Vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 1 u. 2 zu § 11.) Bemerkt sei, daß freilich das Preuß. Oberverwaltungsgericht es für unzulässig erklärt hat, durch Zulassung von Pressevertretern eine wenn auch beschränkte Oeffentlichkeit herzustellen. (Arb.-Vers. 1908 S. 56.)

Die maßgebende Handverkaufstaxe ist nach der Apotheke zu bestimmen.

5. Nach Hersfeld. Antwort: Maßgebend ist diejenige Handverkaufstaxe, die für den Bezirk erlassen ist, in welchem die liefernde Apotheke, und nicht für den, in welchem die Krankenkasse gelegen ist. In Ihrem Falle kommt also die Taxe für Sachsen-Weimar, nicht die für den preußischen Regierungs-Bezirk Cassel in Betracht.

a) Dauer der Leistungspflicht der Kasse in der Uebergangszeit (Art. 30 Einf.Ges.). b) Beiträge für Lehrlinge ohne Barlohn. c) Die Wirkung des § 517 RVO. tritt nicht vor dem Antrag ein. d) Befreiung aus § 169 hat keine Rückwirkung. e) Anspruch der Vorstandsmitglieder auf Kostenersatz.

6. Nach Greven. Antwort: a) Für Versicherungsfälle, in denen am 1. Jan. 1914 die Leistungspflicht der Kasse nach altem Rechte noch fortdauert, gelten nach Art. 30 Einf.Ges. zur RVO. von diesem Tage ab die Vorschriften der RVO., soweit sie für den Berechtigten günstiger sind. Eine solche, dem Berechtigten günstigere, dem alten Rechte fremde Vorschrift ist auch die im § 183 Abs. 1 RVO. enthaltene: „Fällt in den Krankengeldbezug eine Zeit, in der nur Krankenpflege gewährt wird, so wird diese Zeit auf die Dauer des Krankengeldbezugs bis zu 13 Wochen nicht angerechnet." Allein diese Vorschrift gilt nach ausdrücklicher Vorschrift des Art. 30 erst vom 1. Januar 1914 („von diesem Tage") ab. Deshalb kann eine krankengeldfreie Zeit auf die Unterstützungsdauer nur dann nicht angerechnet werden, wenn sie in die Zeit v. 1. Januar 1914 ab fällt. Dies trifft im vorliegenden Falle nicht zu. Deshalb ist die Entscheidung des Versicherungsamts unbegründet.

b) Von Lehrlingen, die überhaupt keinen Entgelt erhalten, oder von ihren Eltern oder sonstigen gesetzlichen Vertretern darf der Arbeitgeber keine Beitragsteile einziehen. Das ergibt sich aus § 394 Abs. 1 RVO. Wenn der Lehrling Entgelt, aber nur in Sachbezügen erhält, so gilt dasselbe, sofern nicht die oberste Verwaltungsbehörde nach § 394 Abs. 2 anders bestimmt hat — was bisher in Preußen nicht geschehen ist. Entgegenstehende Vereinbarungen sind nach § 139 nichtig, wenn sie zum Nachteil des Versicherten geschlossen werden. Dies liegt aber nicht vor, wenn die Eltern des Lehrlings sich dem Arbeitgeber gegenüber verpflichten, auf ihre Kosten $^3/_8$ der Beiträge zu übernehmen und zu erstatten. Eine solche Abmachung ist also gültig.

c) Die §§ 519, 520 bestimmen, wann der Versicherungspflichtige den Antrag aus § 517 stellen kann. Dieser § 517 aber besagt deutlich genug, daß das Ruhen der Rechte und Pflichten des Mitglieds nur auf den Antrag hin, also auch nur für die Zeit von der Stellung eines begründeten Antrags ab eintritt und nicht auf die Zeit des Eintritts in die Kasse zurückwirkt. Für die Zeit bis zur Antragstellung hat daher auch der Arbeitgeber die vollen Beiträge einzuzahlen (vgl. Begr. S. 252 zu §§ 542, 543 Entw.).

d) Erst durch den Beschluß, durch den die Gemeinde die Gewährung der dem §169 entsprechenden Leistungen beschlossen hat, sind diese Leistungen „gewährleistet" worden. Daß der Beschluß sie rückwirkend von einem früheren Zeitpunkt ab zubilligt, kann nicht auch rückwirkend Versicherungsfreiheit erzeugen; denn bis zur Beschlußfassung waren jene Leistungen eben noch nicht gewährleistet. Bis dahin waren also Beiträge zu entrichten und gegebenenfalls auch die Kassenleistungen zu gewähren. Die gegenteilige Auffassung würde auch praktisch zu unerträglichen Zuständen führen. Zu vgl. zu § 170: Arb.Vers. 31 S. 343 Ziff. 11.

Digitized by Google

e) Der § 78 Ihrer Satzung entspricht dem § 66 der Musterf. f. OKKn. Der Abs. 1 behandelt unter Ziff. 1 und 2 nur die eigentlichen Reisekosten und setzt voraus, daß solche wirklich entstanden, nachweislich aufgewendet sind. Wer den Weg zu Fuß oder mittels Fahrrad zurückgelegt hat, kann Fahrgeld nicht beanspruchen, weil eben nur „bare Auslagen" zu erstatten sind (§ 21 Abs. 2 RVO.); er kann für die Reise selbst nur Zehrungskosten im angemessenen ortsüblichen Betrage fordern. Wenn dann im § 78 Abs. 2 Ihrer Satzung (§ 66 Abs. 2 der Musterf.) außerdem vom „Ersatz sonstiger barer Auslagen" die Rede ist, so ist das auf diejenigen zu beziehen, welche durch Aufwand außerhalb der Reise, also durch Zehrungskosten am Sitzungsorte usw. entstanden sind. Daneben ist, obgleich Ihre Satzung es nicht ausdrücklich vorsieht, den Versicherten Ersatz für nachweislich entgangenen Arbeitsverdienst zu gewähren (§ 21 Abs. 2 Satz 1 RVO.), den Arbeitgebern aber steht statt dessen die in Ihrer Satzung vorgesehene „Entschädigung" (d. i. ein Pauschbetrag gemäß § 21 Abs. 2 Satz 2) zu.

Krankenversicherungspflicht der Ehefrau eines Schuldieners.

7. Nach Graetz. Antwort: Wenn mit dem Schuldiener ausdrücklich vereinbart wird, daß ihn bei Erledigung seiner Dienstobliegenheiten seine Ehefrau zu unterstützen habe, so ist diese krankenversicherungspflichtig. In dem Gehalt, das jener bezieht, ist zugleich das Entgelt für die Dienste der Frau enthalten. Die Schulverwaltung ist ihre Arbeitgeberin. Für die Krankenversicherung hat in dieser Hinsicht dasselbe zu gelten, wie für die Invalidenversicherung.

Ungültige Anordnungen des Vorstandes.

8. Nach Striegau. Antwort: Der Vorstand der Kasse kann nicht bestimmen, wann eine Satzungsänderung in Kraft treten solle. Ist der Zeitpunkt nicht in dem Aenderungsbeschluß selbst festgesetzt, so tritt die neue Vorschrift in Kraft, sobald die Genehmigung des Oberversicherungsamts zur Kenntnis der Kassenorgane gelangt. Vgl. Hahn, Handb. der Kr.-Vers., Anm. 1 b zu § 324.) Ebensowenig ist der Vorstand befugt, anzuordnen, daß die im Wege der Satzungsänderung beschlossene Zahlung des Krankengeldes für alle Sonn- und Feiertage auch in schwebenden Unterstützungsfällen erfolgen solle. Auch hierüber kann nur ein Satzungsänderungsbeschluß, für den der Ausschuß zuständig ist (§ 345 Abs. 2 Ziff. 6 RVO.) und der vom Oberversicherungsamt genehmigt werden muß (§ 324) Bestimmung treffen. Tut er das nicht, so bleibt für die schwebenden Unterstützungsfälle die alte Fassung der Satzung maßgebend (Hahn, Anm. 2 zu § 211).

Beschäftigung von Studierenden in gewerblichen Betrieben während der Hochschulferien.

9. Nach Duisburg. Antwort: Ein Studierender, der während der Hochschulferien ohne Vergütung und ohne Kündigung als Laborant oder in einem technischen Bureau tätig ist, unterliegt nicht der Krankenversicherungspflicht. Diese entfällt, sofern man ihn als Gehilfen betrachtet, deswegen, weil er keinen Entgelt bezieht. Als Lehrling kann er aber nicht gelten. Zwar ist er zu seiner Ausbildung beschäftigt. Indessen ist sie in erster Linie eine wissenschaftliche; diese soll gefördert werden, selbst wenn er Arbeiten verrichtet, die auch von gewerblichen Arbeitern ausgeführt werden. Außerdem fehlt es auch an einem festen Lehrverhältnis; denn beide Teile können, da die Kündigung ausgeschlossen ist, jederzeit das Verhältnis auflösen. Wohl aber unterliegt der Hochschüler der Unfallversicherung. Hier genügt die tatsächliche Beschäftigung in dem versicherten Betriebe. Nicht erforderlich ist der Bezug einer Vergütung. Ebenso ist es unerheblich, ob die Ausbildung im eigenen Interesse des Beschäftigten erfolgt. (Vgl. Handb. der UnfVers. I S. 55.)

Freiwillige Weiterversicherung bisheriger Lehrlinge.

10. Nach R.-O. Antwort: Versichert sich jemand freiwillig weiter, der bisher als Lehrling keinen Entgelt bezog, der daher kein Krankengeld zu beanspruchen hatte, und für den niedrigere Beiträge zu entrichten waren (§ 494 RVO.), so bleiben seine Pflichten und die ihm zukommenden Leistungen dieselben wie bisher. Das heißt: er braucht nur dieselben niedrigeren Beiträge zu zahlen, hat aber auch keinen Anspruch auf Krankengeld. Das soll offenbar in § 313 RVO. zum Ausdruck kommen, wenn dort gesagt wird, daß der freiwillige Weiterversicherer Mitglied seiner Klasse oder Lohnstufe bleibe. Er soll seine Kasse nicht höher belasten, als er es als Pflichtmitglied getan hat.

Erlöschen der freiwilligen Kassenmitgliedschaft durch Wegfall einer Voraussetzung.

11. Nach Marburg. Antwort: Ohne die Zweifelhaftigkeit der Frage zu verkennen, teilen wir doch die Auffassung, daß beim Wegfall einer der Voraussetzungen des Beitrittsrechts (§§ 176, 238 RVO.) die freiwillige Mitgliedschaft erlischt, daß also insbesondere derjenige, der den Kassenbezirk dauernd verläßt, aus der Kasse seines bisherigen Beschäftigungsorts ausscheidet. Die Fassung der §§ 176, 238 scheint freilich gegen diese Auffassung zu sprechen, weil sie nur von Voraussetzungen sprechen, unter denen jemand der Versicherung oder der Kasse „beizutreten" berechtigt ist. Allein wenn man daraus schließen wollte, daß die Fortdauer der einmal durch Beitritt begründeten Mitgliedschaft nicht durch die Fortdauer jener Voraussetzungen bedingt sei, so würde sich eine ganz ungerechtfertigte, vom Gesetzgeber sicher nicht beabsichtigte Vorzugsstellung der freiwilligen Mitglieder gegenüber den versicherungspflichtigen ergeben. Denn daß ein Pflichtmitglied beim Wegfall der Voraussetzungen seiner Pflichtmitgliedschaft aus der Kasse ausscheidet, wenn es nicht von der an gewisse strenge Bedingungen geknüpften Befugnis der Weiterversicherung nach § 313 Gebrauch macht, ist nicht zweifelhaft. Für freiwillig beigetretene gilt dieser Paragraph nicht. Sie würden also, wenn ihre Versicherungsberechtigung durch Wegfall der Voraussetzungen des Beitritts nicht berührt würde, ohne jene einschränkenden Bedingungen in der Kasse bleiben dürfen. Und wenn dies insbesondere auch bei der Verlegung des Beschäftigungsorts in einen anderen Bezirk zu gelten hätte, so hätte der Versicherungsberechtigte in solchem Falle die Wahl, in der bisherigen Kasse zu verbleiben oder der Kasse

Digitized by Google

des neuen Beschäftigungsorts beizutreten, während der Versicherungspflichtige im gleichen Falle in die andere Kasse übertreten müßte. Das kann nicht die Meinung des Gesetzes sein. Es ist daher anzunehmen, daß das Gesetz in den §§ 178, 312, 314 nur einzelne Fälle des Erlöschens der Mitgliedschaft besonders regelt, nicht aber die Gründe des Erlöschens erschöpfend bezeichnet, daß sich vielmehr noch andere Gründe, ohne ausdrückliche Erwähnung im Gesetz, aus der Natur des Rechtsverhältnisses von selbst ergeben, wie z. B. im Falle der Austrittserklärung oder in dem hier in Rede stehenden Falle des Wegfalls einer Voraussetzung.

Die Mitglieder eingeschriebener Hilfskassen haben kein Recht auf Fortsetzung der Mitgliedschaft bei den Kassen der Reichsversicherungsordnung.

12. H. 5. Antwort: Die bisherige Mitgliedschaft einer nicht versicherungspflichtigen Person bei einer eingeschriebenen Hilfskasse berechtigt nicht zur freiwilligen Weiterversicherung bei einer Allgemeinen Ortskrankenkasse. § 300 RVO. kann auf den Fall, daß die Hilfskasse nicht als Ersatzkasse weiter besteht, nicht entsprechend angewandt werden. Das ergibt sich schon daraus, daß Art. 28 Einf.-Ges. zur RVO. ausdrücklich Bestimmung über die Ansprüche der Versicherungspflichtigen trifft. Das wäre überflüssig, wenn einfach die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die Vereinigung oder Schließung von Kassen gelten würden. Demnach können die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung, die für die Versicherungsberechtigten bei Schließung einer Kasse gelten, nicht Anwendung finden. Wer bisher Mitglied einer eingeschriebenen Hilfskasse war, hat somit nicht das Recht auf Mitgliedschaft bei der zuständigen Kasse, wie im Falle der Auflösung einer Orts-, Land-, Betriebs- oder Innungskrankenkasse. Auch ein Recht auf Weiterversicherung nach § 313 besteht nicht. Vielmehr kann nur ein Recht des freiwilligen Beitritts nach §§ 176 ff. in Frage kommen, das unabhängig ist von der Mitgliedschaft bei der Hilfskasse. Es kann vor allem auch bedingt sein gemäß der Satzung durch eine Altersgrenze und die Beibringung eines ärztlichen Gesundheitszeugnisses (§ 176 Abs. 3 RVO.).

Krankenpflege für freiwillige Mitglieder, denen Familienhilfe bei einer andern Kasse zusteht.

13. Nach W. Antwort: Ist die Ehefrau eines Versicherten, dessen Kasse Familienhilfe gewährt, selbst bei einer andern freiwillig versichert, so bleibt es ihrem Ermessen überlassen, welche der beiden Kassen sie in Anspruch nimmt. Ist ihr Krankenpflege von der eigenen zuteil geworden, so kann diese von derjenigen, bei der der Ehemann versichert ist, weder Ersatz noch einen Zuschuß zu den Kosten verlangen. Schon aus diesem Grunde kann Ihre Kasse keine Ansprüche an die andere stellen.

Berechnung des Unfallzuschusses.

14. Nach Magdeburg-St. Antwort: Bei Unfällen beträgt das Krankengeld unter den Voraussetzungen des § 573 RVO. von der 5. bis zur 13. Woche mindestens $^2/_3$ des Grundlohnes, in den andern Fällen beträgt es nach der Satzung $^6/_{10}$. Der Unfallzuschuß macht also $^2/_3 - {}^6/_{10} = \frac{20-18}{30} = {}^1/_{15}$. Er beträgt demnach $^1/_9$ des Krankengeldes. Also müßten auch Haus- und Taschengeld sich um je $^1/_9$ ihres Betrages erhöhen. Das Hausgeld beträgt nach der Satzung $^6/_{10}$ des Krankengeldes, also $^6/_{10} \cdot {}^6/_{10}$ des Grundlohnes $= {}^9/_{25}$. Das sind aber bereits mehr als $^1/_3$ des Grundlohnes, so daß eine Erhöhung nicht mehr stattfindet. Das Taschengeld beträgt nach der Satzung $^1/_{10}$ des Grundlohnes. Es ist ebenso, wie das Krankengeld, um $^1/_9$ zu erhöhen, also auf $^1/_{10} + {}^1/_{90} = {}^{10}/_{90} = {}^1/_9$ des Grundlohnes.

Der Arbeitgeber kann von der Kasse spezifizierte Rechnungen über die Beiträge verlangen.

15. Nach P. Antwort: a) Im allgemeinen hat derjenige, der Forderungen stellt, diese zu spezifizieren, und darum wird man auch dem Arbeitgeber das Recht zugestehen müssen, von der Kasse zu verlangen, daß sie ihm eine genaue Rechnung aufstelle, die die Beiträge für die einzelnen Versicherten angibt; mit der Mitteilung des Gesamtbetrages braucht er sich nicht genügen zu lassen. (Vgl. Arb.-Vers. 1911 S. 456 Ziff. 15b; Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 2 zu § 393 RVO.) Dasselbe wird für das Einzugsverfahren der Invalidenversicherung zu gelten haben. b) Ist ein Mitglied, das Krankenhauspflege gehabt hat, nicht länger als eine Woche krank gewesen (§ 191 Abs. 2 RVO.), so steht ihm für die ersten drei Tage Hausgeld nicht zu; dieses ist dem Krankengeld gleich zu behandeln. In die dreitägige Wartezeit sind Sonn- und Feiertage einzurechnen. (Vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 4 zu § 186, Anm. 8 zu § 182 RVO.)

§ 214 RVO. bei gefänglicher Einziehung. Kein Hausgeld bei Krankenhauspflege durch die Gefängnisverwaltung.

16. Nach Herne i. W. Antwort: § 214 RVO. ist in allen Fällen anwendbar, in denen ein Versicherter (unter den übrigen Voraussetzungen der Vorschrift) wegen Erwerbslosigkeit aus der Kasse ausscheidet. Der Grund der Erwerbslosigkeit ist gleichgültig. Daher gilt § 214 auch, wenn der Versicherte gefänglich eingezogen wird und nicht etwa im Gefängnis gegen Entgelt arbeitet. Dagegen kann von einem Anspruch auf Hausgeld für die Angehörigen nicht die Rede sein, wenn der Versicherte von der Gefängnisverwaltung zum Zweck einer Operation ins Krankenhaus gebracht wird. Der § 186 RVO. gilt nur, wenn die Kasse (in Ausübung ihres Wahlrechtes aus § 184) Krankenhauspflege gewährt.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Dippe; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe; Geh. Regierungsrat Professor Dr. Laß, Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Rat Dr. Olshausen; Geheimrat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1076 der ganzen Folge

31. Jahrgang | **11. September 1914** | **Heft 26**

Eine Erweiterung der Zuständigkeit der Landkrankenkassen.*)

Im § 235 RVO. sind die Gruppen von Versicherten bezeichnet, die kraft Gesetzes Mitglieder der Landkrankenkassen sind. Nach § 236 Abs. 1 kann der Bundesrat den Landkrankenkassen noch andere Gruppen von Versicherten zuweisen, die vor der Geltung des neuen Rechtes nicht kraft Gesetzes versicherungspflichtig waren. Von dieser Ermächtigung hat der Bundesrat jetzt Gebrauch gemacht. Er hat laut Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 23. Mai 1914 (RGBl. S. 141) bestimmt, daß Angestellte im Sinne des § 165 Abs. 1 Ziff. 2, die häusliche Dienste verrichten, sowie Lehrer und Erzieher, sämtlich sofern sie in die häusliche Gemeinschaft des Dienstberechtigten aufgenommen sind, Mitglieder der Landkrankenkassen sind. Die Bestimmung tritt am 1. Januar 1915 in Kraft.

Die erste dieser Personengruppen ist durch zwei Merkmale gekennzeichnet. Zunächst muß es sich um Angestellte im Sinne des § 165 Abs. 1 Ziff. 2 handeln, d. h. um Angestellte in ähnlich gehobener Stellung, wie Betriebsbeamte oder Werkmeister, und zwar muß diese Beschäftigung ihren Hauptberuf bilden. Danach betrifft die Bestimmung Personen, die im Haushalt ihres Arbeitgebers eine von diesem abhängige und näher bestimmte Stellung einnehmen, gleichwohl aber nach der Art ihrer Tätigkeit nicht mehr zur Klasse der niederen, lediglich ausführenden Hilfsarbeiter, insbesondere der Dienstboten, gehören, sondern diesen gegenüber eine „gehobene" Stellung innehaben, wie Privatsekretäre, Gesellschafterinnen, Repräsentantinnen, Hausdamen usw. (zu vgl. Ziff. 43 der Anleitung des RVA. über den Kreis der nach der RVO. gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen vom 26. April 1912, AN. 1912 S. 720 ff.). Die Tätigkeit in dieser Stellung muß aber den Hauptberuf des Beschäftigten bilden, indem sie seine Arbeitskraft hauptsächlich in Anspruch nimmt oder ihn, nach ihrer Bedeutung für seine Lebensstellung, dem Gesellschaftskreise der Angestellten zuweist (zu vgl. Ziff. 44 der Anleitung). Wenn also z. B. im Haushalt eines anderen ein Gelehrter lebt, der sich wissenschaftlichen Studien hingibt und nur nebenher die Bibliothek oder die Kupferstichsammlung des Hausherrn versorgt und in Ordnung hält, so wird man nicht sagen können, daß diese Beschäftigung seine Lebensstellung bestimmt und seinen Hauptberuf bildet, und er wird daher nicht als Angestellter im Sinne des § 165 und der erwähnten Bekanntmachung anzusehen sein.

Das andere Merkmal der ersten Gruppe von Beschäftigten ist nach der Bekanntmachung, daß sie „häusliche Dienste" verrichten. Dieser Begriff findet sich auch in den §§ 546, 924, 1057 RVO. Gemeint sind Verrichtungen für den Haushalt oder für persönliche Bedürfnisse) (Moesle-Rabeling, Kommentar zur

*) Aus Nr. 8/9 der „Monatsblätter für Arbeiterversicherung" (herausgegeben von Mitgliedern des Reichsversicherungsamts) v. 15. August 1914.

Digitized by Google

RVO., Anm. 4 zu § 546), im Gegensatze zu Verrichtungen, die dem Gewerbe oder Berufe des Arbeitgebers dienen. Neben eigentlich hauswirtschaftlicher Tätigkeit wird hiernach z. B. in Betracht kommen die Besorgung der privaten Vermögensangelegenheiten, die Erledigung des schriftlichen Verkehrs in diesen und anderen privaten Angelegenheiten, die Tätigkeit als Vorleser oder Gesellschafter, die Beaufsichtigung jugendlicher oder kranker Mitglieder der Familie.

Die zweite Personengruppe, auf die sich die Bekanntmachung bezieht, ist die der „Lehrer und Erzieher" (§ 165 Abs. 1 Ziff. 5; Anleitung Ziff. 48). Hierzu gehören Hauslehrer aller Art, auch solche, die z. B. nur Musikunterricht oder Unterweisung in körperlichen Uebungen, wie Turnen, Schwimmen, Reiten usw. erteilen.

Gemeinschaftliche Voraussetzung der Zugehörigkeit zur Landkrankenkasse ist für beide Gruppen von Personen, daß sie „in die häusliche Gemeinschaft des Dienstberechtigten aufgenommen sind", in gleicher Weise und in gleichem Sinne, wie dies zum Begriffe des Dienstboten gehört (Anleitung Ziff. 40). Wie aber diese Voraussetzung näher zu begrenzen ist, wie eng die persönliche Verbindung des Dienstverpflichteten mit dem Hausstand des Arbeitgebers sein muß, um den Begriff der Aufnahme in die häusliche Gemeinschaft zu erfüllen, dies ist — im Gebiete des Reichsversicherungsrechts nicht minder als im Gebiete des bürgerlichen Rechts (vgl. §§ 617, 618 BGB.) — nicht zweifelsfrei und noch nicht durch eine einheitliche Rechtsprechung geklärt. Deshalb soll hier einstweilen nicht näher darauf eingegangen, sondern nur erklärt werden, daß es sich namentlich darum handelt, ob es erforderlich ist, daß der Dienstverpflichtete Wohnung und Kost oder wenigstens das eine oder das andere im Hause des Dienstherren hat (Staudinger, Kommentar zum BGB., Anm. III 3 zu § 617), oder ob es genügt, daß der Verpflichtete in seinem dienstlichen und außerdienstlichen Verhalten der Hausordnung des Dienstberechtigten unterstellt ist (Schultzenstein, Archiv für bürgerl. Recht, Bd. 23 S. 219 ff., 259; auch Oertmann, Kommentar zum BGB., Anm. 2 c zu § 617).

Der innere Grund der Bestimmung des Bundesrats ist in einer Zweckmäßigkeitserwägung zu finden. Es entspricht einer billigen Rücksicht auf die Einheit und Ordnung des Hauswesens, daß der Dienstherr wegen aller in seine häusliche Gemeinschaft aufgenommenen Versicherungspflichtigen nur mit einer Kasse, also nicht wegen der Dienstboten mit der Landkrankenkasse (§ 235) und wegen der Angestellten in gehobener Stellung mit der Ortskrankenkasse zu tun habe, daß insbesondere nicht die Aerzte, Krankenaufseher, Kassenboten verschiedener Kassen in die Häuslichkeit des Arbeitgebers eindringen müssen. Demgegenüber bedeutet die Zuweisung der bezeichneten Personengruppen an die Landkrankenkassen keine wesentliche Benachteiligung für sie. Wenn die Satzung der Landkrankenkasse den Ortslohn als Grundlohn bestimmt (§ 181 Abs. 1), so ist doch für Angestellte in gehobener Stellung der Grundlohn, also der Maßstab für die Bemessung der baren Leistungen, nach dem durchschnittlichen Tagesentgelte dieser Klasse von Versicherten oder nach dem wirklichen Arbeitsverdienste der einzelnen Versicherten festzusetzen (§ 181 Abs. 2 mit § 180). Auch im übrigen hat die Vereinigung der höheren häuslichen Angestellten mit den Dienstboten in derselben Krankenkasse selbstverständlich nicht die Folge, daß nun irgendwelche von den für die letzteren geltenden besonderen Vorschriften (§ 435 ff.) auch auf jene anzuwenden wären. Insbesondere gilt für sie auch nicht der § 418 (435) über die Befreiung auf Antrag des Arbeitgebers, und es kann daher der schon früher (vgl. Arbeiter-Versorgung 1913 S. 809) angeregte Zweifel gar nicht aufkommen, ob der Arbeitgeber, um die Befreiung seiner Dienstboten zu erwirken, den Antrag gemäß § 418 Abs. 2 Ziff. 3 auch für seine anderen häuslichen Angestellten — für die er gar nicht gestellt werden kann — stellen müsse.

Da nach alledem eine wesentliche Verschiedenheit der Rechtslage der Dienstboten

Digitized by Google

und der anderen häuslichen Angestellten trotz ihrer Vereinigung in derselben Kasse bestehen bleibt, ist auch künftig die Abgrenzung dieser beiden Klassen gegeneinander wichtig und geboten. Mitunter wird die Grenze flüssig und unsicher sein. So werden z. B. Bonnen, Kindergärtnerinnen, Kinderpflegerinnen, deren Haupttätigkeit in körperlicher Wartung besteht, zwar gewiß nicht als Lehrer oder Erzieher, aber, je nach den besonderen Umständen des Falles, entweder als Dienstboten oder als Angestellte in gehobener Stellung anzusehen sein (zu vgl. Rosin, Recht der Arbeiterversicherung, Bd. 2 S. 166 Anm. 12). Dabei hängt die Beurteilung im einzelnen Falle, wie das Kgl. Sächs. Oberverwaltungsgericht in einer Entscheidung vom 23. August 1905 (Reger, Entsch. Bd. 26 S. 227) ausgesprochen hat, nicht allein von der Art der Dienstleistungen, sondern auch von der Vorbildung der Beschäftigten und von der ihr im Hause des Dienstberechtigten eingeräumten Stellung ab. Unter diesen Gesichtspunkten hat der Gerichtshof bei einem Kinderfräulein, dessen Haupttätigkeit im Hause eines Rechtsanwalts zwar in der Abwartung und Beaufsichtigung von kleineren Kindern bestand, dem jedoch gröbere Arbeiten, wie Waschen und Scheuern, nicht oblagen, und das vor allem Anschluß an die Familie hatte und mit ihr an demselben Tische die Mahlzeiten einnahm, ein Dienstbotenverhältnis und folglich nach dem früheren Krankenversicherungsgesetze die Versicherungspflicht verneint. Nach dem neuen Rechte ist in solchem Falle die Versicherungspflicht nach § 165 Abs. 1 Ziff. 2 RVO. und einstweilen die Zugehörigkeit zur allgemeinen Ortskrankenkasse, vom 1. Januar 1915 ab aber die Zugehörigkeit zur Landkrankenkasse begründet.

Wenn hiernach in diesem Zeitpunkt kraft der Bestimmung des Bundesrats Personen, die Kassenleistungen beziehen, von der allgemeinen Ortskrankenkasse zur Landkrankenkasse übertreten, so hat diese nach § 212 die weitere Leistung zu übernehmen. Eine Auseinandersetzung zwischen diesen beiden Kassen und die Ueberweisung eines dem Mitgliederübergang entsprechenden Teiles des Vermögens der Ortskrankenkasse an die die Landkrankenkasse findet nicht statt, da ein Fall des § 298, der die Fälle der Auseinandersetzung erschöpfend aufzählt, nicht vorliegt (zu vgl. Monatsbl. f. Arb.Versichg. 1913 S. 33).

Zur Einholung ärztlicher Gutachten im Einspruchsverfahren der Unfallversicherung (§ 1595, 1596, 1598 RVO).

Von **Paul Koeppen** in Berlin.

In Nr. 13 dieser Zeitschrift v. 1. Mai d. J. habe ich auf Seite 313 ff. die Grundsätze zusammengestellt, die als maßgebend für die Beiziehung ärztlicher Gutachten im Einspruchsverfahren gelten dürften. Inzwischen hat das RVA. sich erneut mit der Auslegung der bezüglichen Gesetzesstellen befaßt und ist in drei Entscheidungen über Beschwerdesachen gemäß § 97 der Kaiserlichen Verordnung vom 24. Dezember 1911 über das Verfahren vor den Versicherungsämtern zu einer Auslegung gekommen, die von den bisherigen, übrigens nur von privater Seite veröffentlichten Entscheidungen des Beschlußsenates des Reichsversicherungsamts vom 4. Juli 1913 und 30. Oktober 1913 nicht unerheblich abweicht. Diese Abweichung von einer früheren Entscheidung ist an und für sich zulässig, da eine maßgebliche Bedeutung nur den Entscheidungen des Reichsversicherungsamts zukommt, die durch Veröffentlichung in den Amtlichen Nachrichten des Amtes als Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung gekennzeichnet werden (§ 1716 RVO.). Da das Reichsversicherungsamt die neuerlich gefällten drei Entscheidungen seines Beschlußsenats, die sämtlich unter dem Vorsitz seines Präsidenten Dr. Kaufmann ergangen sind, als maßgeblich angesehen wissen will, und ihre demnächstige Veröffentlichung

Digitized by Google

gemäß § 1716 RVO. in Aussicht steht, so soll hier kurz der wesentliche Inhalt der Entscheidungen, die am 15. Mai d. J., 18. und 30. Juni d. J. ergangen sind, wiedergegeben werden.

1. Die Anhörung des behandelnden Arztes durch einen sogenannten Befundschein, wie sie in § 69 GUVG. vorgeschrieben und von der RVO. in § 1582 Abs. 1 übernommen worden ist, genügt, um die Bedingung des ersten Satzes des § 1595 RVO. zu erfüllen. Liegt ein solcher Befundschein in den Akten des Versicherungsträgers vor, so findet die Pflichtvorschrift des § 1595 RVO. bezüglich der Einholung des Gutachtens eines weiteren Arztes auf Antrag des Versicherten keine Anwendung.

2. Die frühere Auslegung des § 69 GUVG. ist auf die Bestimmung des § 1595 RV.O, erster Satz, sinngemäß anzuwenden. Haben nacheinander mehrere Aerzte die Behandlung geführt, so sind alle diejenigen behandelnden Aerzte zu hören, von denen ein wesentlicher Aufschluß über den Verlauf des Heilverfahrens zu erwarten ist (vergl. Handbuch der Unfallversicherung, 3. Aufl. Bd. I, Seite 476 und die dort aufgeführten Entscheidungen).

3. Bei Rentenänderungen ist ein behandelnder Arzt im Sinne des § 1595 RVO. in der Regel nicht vorhanden, es kann infolgedessen ein solcher auch nicht gehört werden. Das Versicherungsamt hat deshalb in Fällen dieser Art die Vorschriften des § 1595 RVO. nicht anzuwenden.

4. Wo das Versicherungsamt sich gemäß § 1598 RVO. zu dem Anspruch des Versicherten äußert, insbesondere also bei den Einsprüchen gegen die Neufeststellung von Dauerrenten, bei denen das Gesetz es zu einer gutachtlichen Aeußerung verpflichtet, ist es berechtigt, auch ärztliche Gutachten innerhalb der Grenzen des § 1598 RVO. — soweit erhebliche Kosten nicht entstehen und die Beweismittel bereits oder leicht zu beschaffen sind — beizuziehen. Als erheblich hat in einem Einzelfalle das RVA. eine Gebührenforderung von 5 Mark für ein „eingehendes Gutachten" nicht erachtet.

Sofern es sich nicht um ganz einfache, leicht zu beurteilende Leiden wie z. B. Fingerverletzungen handelt, darf es dem Versicherungsamt nicht verwehrt werden, auch ein ausführlicheres, wissenschaftlich begründetes Gutachten einzuholen.

5. Nicht vereinbar mit den Zwecken des Einspruchsverfahrens sind nur umständlichere, mit einer Beobachtung im Krankenhause verbundene Begutachtungen und sogenannte Obergutachten.

Aus § 1596 Abs. 2 RVO. kann das Versicherungsamt keine Rechte herleiten (etwa auf Ersatz von Kosten für ein von ihm beigezogenes ärztliches Gutachten). Der § 1596 enthält nur eine Sondervorschrift zu Gunsten des Berechtigten auf Einholung und unter Umständen auch Erstattung der Kosten des Gutachtens eines von ihm bezeichneten Arztes. Das Versicherungsamt kann sich aber, wenn es ein Gutachten ohne Kostenvorschuß oder Sicherheitsleistungen des Berechtigten eingeholt hat, nicht darauf berufen, daß die Voraussetzungen gegeben seien, unter denen der Berechtigte die Erstattung des Gutachtens verlangen könnte. Denn das Versicherungsamt hat nicht die Rechte der Beteiligten zu vertreten, sondern die ihm gesetzlich übertragenen Aufgaben zu erfüllen, und kann nur insofern die Erstattung seiner Auslagen verlangen, als es sich dabei im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften gehalten hat. —

Soweit der Rechtsinhalt der drei bezüglichen Entscheidungen. Es mag noch erwähnt werden, daß die von den Berufsgenossenschaften vorgetragenen Bedenken gegen die Einholung ärztlicher Gutachten durch das Versicherungsamt mit folgendem Satze beschwichtigt werden:

Nach Meinung des Reichsversicherungsamts wird trotz der Zulassung ärztlicher Gutachten aus § 1598 eine Beeinträchtigung des Verfahrens und eine unnötige Belastung der Versicherungsträger nicht in erheblichem Umfange eintreten, wenn der Vorsitzende des Versicherungsamts, bevor er ein Gutachten einholt, erwägt, daß eine unnötige Häufung

Digitized by Google

ärztlicher Gutachten mit dem Zweck des Einspruchsverfahrens nicht vereinbar ist, daß es sich daher nicht empfiehlt, jedem Antrage des Berechtigten auf Anhörung von Aerzten stattzugeben, sondern daß zunächst eingehend an Hand der Akten und unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des RVA. zu prüfen ist, ob noch ein weiteres ärztliches Gutachten erforderlich ist.

Mit dem Vorgetragenen sind eine Reihe der Meinungsverschiedenheiten, die zwischen den Theoretikern über die Auslegung der streitigen Gesetzesbestimmungen bestanden haben, entschieden. Soweit die Beteiligten mit dem Rechtsstandpunkt des Reichsversicherungsamts nicht zufrieden sind, können weitere Erörterungen nur im Hinblick auf etwaige Aenderung des Gesetzes von Interesse sein.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Wesentlicher Mangel des Wahlverfahrens, wenn der Vorschlagsvertreter nicht zur genaueren Bezeichnung der Bewerber aufgefordert wird.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** v. 9. Mai 1914.

Das Oberversicherungsamt hat die Beschwerde gegen die Entscheidung des Versicherungsamts, wodurch die Wahlen zum Ausschuß der Allgemeinen Ortskrankenkasse M. für ungültig erklärt sind, zurückgewiesen. Es hat in seiner Entscheidung ausgeführt, daß der Vorstand nach § 9 Abs. 1 der Wahlordnung die eingereichten Wahlvorschläge zu prüfen und etwaige Anstände umgehend dem Wahlvorschlagsvertreter mitzuteilen hat. Diese Prüfung hat sich insbesondere darauf zu erstrecken, ob die Wahlvorschläge mit den erforderlichen Unterschriften versehen, ob die Bewerber in erkennbarer Reihenfolge aufgeführt und ob sie in der im § 7 der Wahlordnung bestimmten Weise, d. h. nach Familien- und Vor- (Ruf-) Namen, Beruf und Wohnort bezeichnet sind. Ist ein vorgeschlagener Bewerber nicht so bezeichnet, so ist nach § 9 Abs. 2 der Wahlordnung der Wahlvorschlagsvertreter zur Ergänzung der Bezeichnung aufzufordern. Dieser Verpflichtung hat der Vorstand hinsichtlich der hier in Betracht kommenden Wahlliste Nr. I insbesondere in der zuletzt gekennzeichneten Richtung nicht genügt, obwohl bei nur oberflächlicher Betrachtung gerade hinsichtlich der Bezeichnung der Bewerber die Mangelhaftigkeit dieser Liste zutage tritt. Schon diese Unterlassung mußte bei Lage der Sache zur Ungültigkeit der Wahl führen.

Die dem Vorstand durch die Wahlordnung auferlegte Pflicht zur Prüfung und Beanstandung der Wahlvorschläge hat den Zweck, den Wählern die bei dem Verhältniswahlverfahren bestehenden Schwierigkeiten hinsichtlich der Aufstellung der Wahllisten zu erleichtern und die Durchführung der Wahl ihren Wünschen entsprechend zu sichern. Darum soll der Vorstand die Wahlvorschläge insbesondere daraufhin prüfen, ob die Bewerber in der durch die Wahlordnung vorgesehenen zweifelsfreien Weise bezeichnet sind. Wenn in dieser Richtung Bedenken entstehen, soll der Wahlvorschlagsvertreter darauf hingewiesen werden, damit er gegebenenfalls die Anstände noch rechtzeitig beseitigen kann.

Diese Erwägung muß dazu führen, in der bezeichneten Bestimmung nicht eine für die Gültigkeit der Wahl bedeutungslose Sollvorschrift zu erblicken. Sie ist vielmehr zu den Bestimmungen zu rechnen, deren Nichtbeachtung die Ungültigkeit der Wahl zur Folge hat, es sei denn, daß dieser Mangel im Verfahren nachweisbar auf das Ergebnis der Wahl ohne Einfluß geblieben ist (zu vgl. auch Entscheidung des Königlich Preußischen Oberverwaltungsgerichts Bd. 55 S. 372). Letzteres ist aber hier nicht der Fall. Es besteht vielmehr die Möglichkeit, daß die Wahl ein anderes Ergebnis gehabt hätte, wenn der Vorstand seiner Pflicht zur Prüfung und Beanstandung der Wahlvorschläge genügt hätte. (Dies wird näher ausgeführt.)

Somit erwies sich die Entscheidung des Oberversicherungsamts als zutreffend. Es erschien auch, zumal seit der Wahl ein erheblicher Zeitraum verstrichen ist, angezeigt, das gesamte Wahlverfahren zu wiederholen.

Digitized by Google

B. Zur Krankenversicherung.

Sind bei verspäteter Abmeldung die Beiträge fortzuzahlen, auch wenn inzwischen ein anderer Arbeitgeber den Arbeiter anmeldet und die Beiträge bezahlt?

Entscheidung des **Oberversicherungsamtes Münster** vom 24. Juli 1914.

Der Kantinenwirt M. in B. hatte zufolge Vereinbarung mit zwei Bauunternehmerfirmen mehrere bei diesen beschäftigte Leute auf seinem Namen als Mitglieder bei der allgemeinen Ortskrankenkasse in B. angemeldet und hat, als die Vereinbarung mit dem 2. August 1913 endete und die genannten Firmen ihre, bereits von M. gemeldeten Arbeiter auf eigenen Namen als Kassenmitglieder meldeten, es bis zum 19. August 1913 unterlassen, die sonach doppelt in den Listen geführten Personen abzumelden. Für die Zeit vom 2. bis 19. August haben sowohl M. als die Firma Gl. Beiträge gezahlt. M. fordert seine Beiträge als zu Unrecht gezahlt zurück; die Kasse weigert Rückzahlung, weil die Beiträge bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung zu leisten gewesen (§ 52 Abs. 1 Satz 4 KVG.).

Der Beschlußausschuß des Versicherungsamts hat die Weigerung als berechtigt anerkannt und den Anspruch des M. abgewiesen. Auf seine Beschwerde ist die Entscheidung von der Beschlußkammer des Oberversicherungsamtes aufgehoben und die Kasse zur Rückzahlung verurteilt worden.

Gründe:

Nach einer vom Versicherungsamt eingereichten Nachweisung handelt es sich um 31 Versicherte, für die sowohl von der Firma Gl. als auch vom Beschwerdeführer je 2,88 M. Beiträge für den gleichen Zeitraum entrichtet worden sind.

Die Vorentscheidung war aufzuheben. § 52 Abs. 1 KVG. begründet die Ablehnung des Anspruchs nicht, denn er versagt der verspäteten Abmeldung nur die Rechtswirkung bezüglich einer Rückforderung. Er regelt die Beitragspflicht für die Zeit vor der vorschriftsmäßigen Abmeldung. Er sagt aber nicht, ob und daß für Arbeiter, welche von 2 Arbeitgebern gemeldet sind, doppelt Beiträge zu leisten sind. Der Erstattungsanspruch ist, unabhängig von der Frage der Rechtzeitigkeit der Abmeldung, durch die Tatsache der Doppelleistung der Beiträge begründet.

Anmerkung: Leider ist ein weiteres Rechtsmittel gegen die Entscheidung ausgeschlossen (§ 405 Abs. 2 RVO.). Sie ist falsch und steht im Widerspruch mit der anerkannten Auffassung der Gesetzesvorschrift, daß die Beiträge bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung fortzuzahlen sind (§ 52 Abs. 1 Satz 4 KVG.; § 397 Abs. 1 RVO.). Die Vorschrift hat die Bedeutung eines Zwangsmittels zur Erzielung der für die ordnungsmäßige Kassenführung erforderlichen Meldungen (zu vgl. Entsch. des Reichsger. in Arb.Vers. 1904 S. 454). Deshalb hat der mit Abmeldung säumige Arbeitgeber die Beiträge weiterzuzahlen ohne Rücksicht darauf, was inzwischen aus dem Versicherten wird. Die Kasse hält sich einfach an die Tatsache, daß der Versicherte bei ihr noch nicht abgemeldet ist; eine weitere Prüfung liegt ihr nicht ob. Selbst wenn der Versicherte inzwischen stirbt, sind die Beiträge für ihn weiter zu entrichten, solange er nicht abgemeldet ist (Reger 32 S. 74); und gleiches gilt auch dann, wenn der Versicherte, ohne abgemeldet zu sein, in ein anderes Beschäftigungsverhältnis eintritt, wenn er dort angemeldet wird und Beiträge für ihn gezahlt werden (zu vgl. Entsch. des braunschw. VGH. in Arb. Vers. 1912 S. 557).

Zur Krankenversicherungspflicht bei geringfügigem Entgelt.

Entscheidung des **Versicherungsamts** der Stadt **Kiel** v. 7. August 1914.

Tatbestand:

Der Beamtenwohnungsverein zu **Kiel**, e. G. m. b. H., besitzt eine größere Anzahl von Wohnhäusern, die er an seine Mitglieder vermietet. Zur Reinigung der Treppen in diesen Häusern beschäftigt er 25 verheiratete Frauen; sie sind in seinem Antrag vom 24. April d. J., auf den verwiesen wird, nach dem damaligen Stande einzeln aufgeführt. Sie arbeiten täglich 1—1½ Stunden an der Reinigung der Treppen und erhalten dafür, je nach Größe und Art der Häuser, monatlich 12,50 bis 15 M.; davon geht etwa 1 M. im Monat ab für Feudel, Seife und sonstiges Reinigungsmaterial, welches die Frauen selbst zu beschaffen haben, kommen aber andererseits 10 M. hinzu für die vier jährlichen Hauptreinigungen.

Der Beamtenwohnungsverein hält diese Frauen auf Grund der genannten Beschäftigung durchweg — mit einigen, in seinem Schreiben vom 6. Juli, auf das verwiesen wird, benannten Ausnahmen — nicht für krankenversicherungspflichtig, da sie sonst berufsmäßig Lohnarbeit nicht verrichteten und die Treppenreinigung nur nebenher und gegen geringfügiges Entgelt besorgten; die Ehemänner seien teils Beamte, teils gut gelohnte Arbeiter mit einem zum Unterhalt der Familie ausreichenden Einkommen. Von der Ortskrankenkasse aufgefordert, die Frauen bei ihr anzumelden, hat der Verein auf Entscheidung des Versicherungsamts angetragen. Dieses (Beschlußausschuß) hat einzelne der Frauen für versicherungspflichtig, andere für versicherungsfrei erklärt.

Es handelt sich um einen Streit über das Versicherungsverhältnis nach § 405 Abs. 2 RVO. Es liegt jedoch kein Streit vor, und ist daher für eine Entscheidung kein Raum bei den Frauen B., H., H., B., H., M., R., W., P. und W., die sich in Uebereinstimmung mit dem Beamtenwohnungsverein und der Ortskrankenkasse auf Grund ihrer Beschäftigung bei jenem **nicht** für versicherungspflichtig halten, sowie bei den Frauen F., F., R. und G., die sich in Uebereinstimmung mit dem Beamtenwohnungsverein und der Ortskrankenkasse auf

Digitized by Google

Grund dieser Beschäftigung für versicherungspflichtig halten. Dagegen sind sich bei den übrigen Frauen die Beteiligten nicht darüber einig, ob Versicherungspflicht vorliegt oder nicht; in diesen Fällen ist demgemäß über den Streit gemäß § 405 Abs. 2 RVO. Entscheidung zu treffen. Dabei ist von folgenden Erwägungen auszugehen:

Als Grundregel der deutschen Sozialversicherung gilt, von der Unfallversicherung und einer hier belanglosen Ausnahme (Lehrlinge, § 165 Abs. 2 RVO.) abgesehen, der Satz, daß Versicherungspflicht vorliegt, wenn eine dem versicherten Personenkreise angehörige Person gegen Entgelt beschäftigt wird. (§§ 165, 1226 RVO., § 1 AVG.). Die Erkenntnis jedoch, daß nicht jede, nach Umfang und Entgelt noch so geringfügige Beschäftigung als Grundlage für Versicherungspflicht geeignet ist, hat von vornherein dazu geführt, von jener Grundregel Ausnahmen für „vorübergehende Beschäftigung" zu machen. So bereits in § 3 Abs. 3 J. u. AVG. und dann in § 4 Abs. 1 JVG., zu dessen Ausführung die Bekanntmachung vom 27. Dezember 1899 erging, die gemäß Artikel 104 EG. RVO. noch jetzt als Ausführungsvorschrift zu der entsprechenden Regel der Reichsversicherungsordnung (§ 1232) fortgilt. So in § 8 AVG. mit der dazu erlassenen Bekanntmachung vom 9. Juli 1913 (RGBl. S. 571). In der Krankenversicherung enthielt das Krankenversicherungsgesetz eine Vorschrift dieses Inhalts noch nicht; zum Teil war sie entbehrlich deswegen, weil die unständige Beschäftigung und (als Regel) die nicht gewerbliche Beschäftigung der Versicherungspflicht nicht unterlagen, im übrigen behalf man sich mit der Annahme, daß nur Beschäftigungen von einiger wirtschaftlicher Bedeutung in Betracht kämen. (Hahn, KVG. § 1 Anm. 1a, 6. Aufl. S. 25); nachdem die beiden erstgenannten Beschränkungen aufgegeben worden sind, enthält jetzt auch für die Krankenversicherung § 168 RVO. die gleiche Regel, wie § 1232 RVO. und § 8 AVG.; zur Ausführung des § 168 RVO. dient die Bekanntmachung vom 17. November 1913 (RGBl. S. 756); während nun die beiden jüngeren Bekanntmachungen, zu § 8 AVG. und zu § 168 RVO., für den hier in Frage stehenden Fall völlig übereinstimmende Vorschriften zeigen, weicht die entsprechende Bestimmung der Bekanntmachung von 1899 (jetzt zu § 1232 RVO.) in wesentlichen Punkten von jenen ab. Uebereinstimmend lassen alle drei Bekanntmachungen, mit hier unerheblichen Abweichungen im Wortlaut, vorübergehende Dienstleistungen versicherungsfrei, wenn sie von Personen, die sonst keine berufsmäßige Lohnarbeit verrichten, zwar in regelmäßiger Wiederkehr, aber nur nebenher und gegen einen geringfügigen Entgelt ausgeführt werden. Während nun aber die Bekanntmachungen zu § 168 RVO. — I Nr. 3 — und zu § 8 AVG. — 1 b — wörtlich übereinstimmend einen Entgelt für geringfügig erklären, „wenn er für den Lebensunterhalt während des Zeitraums, innerhalb dessen die Beschäftigung in regelmäßiger Wiederkehr ausgeübt wird, nicht wesentlich ist", sieht die Bekanntmachung von 1899 (jetzt zu § 1232 RVO.) unter 1b als geringfügig ein Entgelt an, „welches für die Dauer der Beschäftigung zum Lebensunterhalt nicht ausreicht und zu den für diese Zeit zu zahlenden Versicherungsbeiträgen nicht im entsprechenden Verhältnis steht". Jene beiden Bekanntmachungen haben also die Rücksicht auf die Höhe der Versicherungsbeiträge als besonderes Erfordernis fallen lassen und verlangen auch nur, daß der Entgelt für den Lebensunterhalt innerhalb der Beschäftigungsperiode von wesentlicher Bedeutung ist, nicht, daß er dafür ausreicht; jenes kann aber offenbar der Fall sein, ohne daß dieses zutrifft. Dieser Unterschied nicht bloß im Wortlaut, sondern auch im Inhalt der Bestimmungen schließt es aus, die Grundsätze, die sich in der Praxis der Invalidenversicherung, besonders auf Grund der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts bezüglich der vorübergehenden Beschäftigung ausgebildet haben (vgl. dazu die Anleitung des Reichsversicherungsamts über den Kreis der versicherten Personen, vom 26. April 1912, Abschnitt 30), ohne weiteres auf die Krankenversicherung zu übertragen, während es bei der völligen Uebereinstimmung der Vorschriften wohl möglich ist, die — allerdings ganz junge und noch nicht durch Rechtssprüche höchster Instanz befestigte — Praxis der Angestelltenversicherung auch für die Krankenversicherung zu verwerten. Damit entfällt insbesondere die Möglichkeit, für die Frage der Geringfügigkeit des Entgelts, wie in der Invalidenversicherung üblich, das Ortslohndrittel als ungefähren Anhalt zu nehmen; mit Recht weist Goerlitz (Arb.-Vers. 1914 S. 441 f.) darauf hin, daß die Krankenversicherung ihre Kreise weiter zieht, als die Invalidenversicherung, indem sie auch jede Beschäftigung gegen freien Unterhalt (anders § 1227 RVO.) und bei Lehrlingen sogar eine Beschäftigung ohne Entgelt (§ 165 Abs. 2 RVO.) einbezieht und die obere Verdienstgrenze höher steckt (§ 165 Abs. 2: 2500 M.; § 1226 Abs. 2: 2000 M.). In der Tat würde in Kiel bei einem Ortslohn von 2,50 M. für erwachsene Frauen das Ortslohndrittel bei einem Monatsverdienst von 20—21 M. liegen, der eine Einbeziehung in die Krankenversicherung noch durchaus rechtfertigt. Als obere Grenze für ein geringfügiges Entgelt mag vielleicht, wie Goerlitz a. a. O. vorschlägt, die Hälfte des Grundlohns der untersten Klasse der maßgebenden Krankenkasse gelten können; damit hat man einen — auch nicht in jedem Falle anwendbaren — Anhalt dafür, welcher Entgelt nicht mehr als unwesentlich angesehen werden kann; in Kiel würde das für den Monat ein Betrag von 25 . $\frac{1.50}{2}$ M. = 18,75 M. sein. Die untere Grenze dafür, welcher Entgelt noch als wesentlich angesehen werden kann, ist damit noch nicht gefunden. Für sie kann es vielleicht entsprechend der Praxis der Angestelltenversicherung (vgl. Entsch. des Rentenausschusses vom 5. Januar 1914, Angestelltenversicherung S. 127, und Konopacki in der „Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung", Juli 1914, Sp. 542) als Anhalt dienen, ob der Entgelt ein Zehntel des Betrages ausmacht, mit dem der Versicherte nebst seinem Ehegatten und seinen Kindern, für die er allein oder mit zu sorgen hat, den gemeinsamen Lebensunterhalt bestreitet. Ein Betrag, der noch dahinter zurückbleibt, wird in der Tat meist — auch das trifft nicht ausnahmslos zu — nicht mehr als wesentlich gelten können. Ob man dabei als absolute Mindestgrenze, wie anscheinend in der Angestelltenversicherung (Konopacki a. a. O.) den Betrag von 120 M. jährlich oder 10 M. im Monat aufstellen kann, mag, als hier unerheblich, dahingestellt bleiben. Auch die Zehntel-Grenze darf aber nur als Anhalt, nicht als festes Maß gelten. Entscheidend bleibt in letzter

Digitized by Google

Linie, gemäß der Vorschrift der Bekanntmachung, doch eine verständige Bewertung dessen, was im Einzelfall nach den Verhältnissen des betreffenden Versicherten noch für seinen Lebensunterhalt als wesentlich gelten muß; als wesentlich wird dabei ein Entgelt anzusehen sein, dessen die Familie bedarf, um bei ihrer vorhandenen Lebenshaltung Einnahmen und Ausgaben ins Gleichgewicht zu bringen, dessen Wegfall sie mithin nötigen würde, Schulden zu machen oder ihre Lebenshaltung herabzusetzen. Bei dieser Bewertung bleibt selbstverständlich dem freien Ermessen ein erheblicher Spielraum, und es läßt sich besonders bei ganz auf der Grenze liegenden Fällen ein Rest von Willkür nicht ganz ausschließen; immerhin wird in solchen Fällen eher die Versicherungspflicht zu bejahen sein, da sie doch die Regel bildet, von der die Versicherungsfreiheit der vorübergehenden Dienstleistungen eine Ausnahme ist, wie es sich auch praktisch eher rechtfertigen wird, die betreffenden Personen in die Versicherung einzuweisen, als sie von ihr auszuschließen. Daß eine solche individuelle Bewertung des Einzelfalls für die Praxis, besonders für die beteiligten Arbeitgeber, Arbeiter und Kassen, recht lästig und schwierig ist, weil sie, zumal da obendrein die Uebereinstimmung mit der Invalidenversicherung fehlt, nicht wissen und nicht mit Sicherheit beurteilen können, woran sie sind, läßt sich nicht verkennen, entspricht aber dem Gesetz, das, indem es von einer festen Grenze absah, hier die Rechtssicherheit hinter die Angemessenheit des Rechts zurücktreten ließ.

Die hier erörterte Frage ist in den vorliegenden Streitfällen die allein entscheidende; denn, daß es sich um Personen handelt, die sonst keine Lohnarbeit verrichten und diese Beschäftigung nur „nebenher" ausführen, ergibt der Sachverhalt ohne weiteres.

Von den im vorstehenden dargelegten Grundsätzen aus hat der Beschlußausschuß in folgenden Fällen die Versicherungspflicht anerkannt, und zwar im einzelnen auf Grund folgender Erwägungen:

1. Bei Frau Si.

Sie verdient beim Beamtenwohnungsverein 12 Mark im Monat sowie für die Hauptreinigungen 10 M. im Jahr; für Reinigungsmaterial erhält sie 1 M. im Monat besonders. Der Ehemann ist Schreiber auf der Germaniawerft und verdient als solcher 25 M. die Woche, mithin im Jahre 1300 M. Zur Familie gehören zwei Kinder von 4 und 1½ Jahren. Für eine Zweistubenwohnung bezahlt die Familie 30,50 M. monatlich. Von dem Gesamtverdienst der Familie — 1300 + 154 Mark — verdient die Frau ein volles Zehntel. Das trifft auch dann noch zu, wenn man von ihrem Jahresverdienst ihren Anteil an den Krankenversicherungsbeiträgen — 52 × ²/₃ des Beitrags von 39 Pf. die Woche — mit 13,52 M. abzieht. Als unwesentlich in dem Sinne, daß sein Wegfall die offensichtlich knapp bemessene Lebenshaltung der Familie nicht berührt, kann dieser Betrag nicht mehr gelten, wie in Uebereinstimmung mit der Ortskrankenkasse und Frau Si. anzunehmen ist.

2. Bei Frau Bo.

Sie verdient, außer 1 M. für Reinigungsmaterial, 12,50 M. im Monat sowie 10 M. im Jahr. Der Ehemann ist Zimmergeselle; er ist mit Rücksicht auf das Darniederliegen des Baugewerbes in Kiel häufig arbeitslos; seinen Jahresverdienst gibt die Frau auf rund 1300 M. an. Im Haushalt sind 2 Kinder von 8 und 12 Jahren; die Miete für eine Zweistubenwohnung erfordert 23 M. im Monat. Bei dieser Sachlage ist der Jahresverdienst von 160 M. mit der Ortskrankenkasse und Frau Bo. als wesentlich anzusehen.

3. Bei Frau Be.

Ihr Verdienst ist der gleiche wie der von Frau Bo. (2). Der 65jährige Ehemann verdient als Gartenarbeiter 40 Pf. die Stunde, ist aber wegen seines Alters häufig beschäftigungslos. Von zwei erwachsenen Töchtern im Haushalt verdient die eine als Schneiderin wegen Kränklichkeit nur wenig, die andere als Putzmacherlehrling 15 M. im Monat. Für Miete wird 27,50 M. bezahlt. Der Beschlußausschuß hat mit Frau Be. die — von der Ortskrankenkasse als zweifelhaft bezeichnete — Versicherungspflicht bejaht; der Verdienst der Frau muß als wesentlich gelten, selbst wenn man die beiden erwachsenen Töchter, die wohl für sich selbst müßten sorgen können, außer Betracht läßt.

4. Bei Frau Re.

Sie verdient, wie Frau Bo. (2). Der Mann verdient als städtischer Arbeiter 4,40 M. den Tag. Im Haushalt befindet sich noch ein Sohn, der auf der Germaniawerft in der Lehre ist und 3,85 M. die Woche verdient. Für eine Zweistubenwohnung zahlt die Familie 18,20 M. Der Beschlußausschuß hat auch hier noch, mit Frau Re. und gegen die Krankenkasse, die Versicherungspflicht bejaht, da die 160 M. doch neben einem Verdienst des Mannes von 1320 M. jährlich immerhin ins Gewicht fallen.

5. Bei Frau Pu.

Sie verdient beim Verein 15 M. im Monat, der Ehemann als Werftarbeiter 47 Pf. die Stunde und gelegentlich Akkord. Im Haushalt sind zwei Kinder von 5 und 2 Jahren. Für eine Zweistubenwohnung zahlt die Familie 24 M. Frau Pu. gibt zwar an, sie habe die Arbeit nur angenommen, um einige Schulden abzutragen, werde sie dann wieder aufgeben. Trotzdem hat der Beschlußausschuß, entgegen ihrer Auffassung und der des Vereins, mit der Ortskrankenkasse den Jahresverdienst von 180 M. noch für wesentlich gehalten.

6. Bei Frau Tö.

Sie verdient beim Verein 14 M. im Monat und 10 M. im Jahr. Der Ehemann verdient zwar als Schmied im städtischen Dienst 5 M. den Tag, andererseits befinden sich aber im Haushalt vier Kinder von 11—7 Jahren; die Miete erfordert 19,25 M. den Monat. Mit der Ortskrankenkasse und mit Frau Tö. war auch in diesem Falle die Versicherungspflicht zu bejahen.

7. Bei Frau Ri.

Sie verdient wie Frau Bo. (2). Der Ehemann verdient freilich als Maurer 75 Pf. die Stunde, trinkt aber und ist häufig arbeitslos. Im Haushalt befinden sich 2 Kinder im Alter von 10 und 8 Jahren. Die Miete erfordert 18 M. im Monat. Mit Frau Ri. hat der Beschlußausschuß auch in diesem Falle die — von der Ortskrankenkasse als zweifelhaft bezeichnete — Versicherungspflicht bejaht. Ob und wieweit die Versicherungspflicht zeitweise dadurch beeinflußt worden ist, daß Frau Ri. die Arbeit nicht persön-

Digitized by Google

lich ausgeführt, sondern krankheitshalber Ersatz gestellt hat, ist hier nicht zu entscheiden.

Dagegen hat der Beschlußausschuß an der Hand der oben entwickelten Grundsätze die Versicherungspflicht verneint, und zwar auf Grund folgender Erwägungen:

1. Bei Frau Sa.

Sie verdient mit dem Treppenreinigen 12,50 M. nebst 1 M. für Reinigungsmaterial den Monat sowie 10 M. jährlich; außerdem aber verdient sie als Hausgewerbetreibende beim Marinebekleidungsamt 30 M. den Monat, während ihr Mann 1500 M. jährlich verdient; sie ist auf Grund ihrer hausgewerblichen Tätigkeit Mitglied der Betriebskrankenkasse der Marinestation der Ostsee gemäß Art. 29 EG. RVO. Im Haushalt sind 4 Kinder im Alter von 14—5 Jahren, während eine fünfzehnjährige Tochter als Hausmädchen in Stellung ist. Die Miete erfordert 36 Mark den Monat. Trotz der stärkeren Kopfzahl kann aber die Einnahme aus dem Treppenreinigen neben der des Ehemann und der eigenen Einnahme der Ehefrau aus ihrem Hausgewerbe nicht mehr als wesentlich gelten, zumal da der Betrag von 160 M. hinter $^1/_{10}$ der Gesamteinnahme (1500 + 360 + 160) nicht unbeträchtlich zurückbleibt; die abweichende Auffassung der Frau Sa. und der Ortskrankenkasse findet in den Tatsachen keine genügende Stütze. Ueberdies ist Frau Sa. bereits Pflichtmitglied der Betriebskrankenkasse.

2. Bei Frau Gr.

Sie hat bis zum 1. April — seitdem hat sie die Beschäftigung aufgegeben, weil sie ihr zu schwer wurde — 12 M. den Monat, sowie 10 M. das Jahr verdient. Der Ehemann verdient als Kutscher 27 M. die Woche. Im Haushalt befinden sich zwei erwachsene Söhne, die je 10 M. Kostgeld die Woche zahlen, außerdem ein angenommenes schulpflichtiges Kind im Alter von 13 Jahren. Auch hier betrug die Einnahme aus der Beschäftigung der Frau kaum $^1/_{10}$ des gesamten Einkommens, und die Familie ist nur noch mit einem Kinde — überdies freiwillig — belastet, während die beiden älteren Söhne eine Belastung nicht mehr bedeuten. Auch der Umstand, daß Frau Gr. die Arbeit aufgegeben hat, ohne Ersatz dafür zu suchen, spricht dafür, daß die Einnahmen daraus, entgegen ihrer eigenen Auffassung — die Ortskrankenkasse hält die Versicherungspflicht für zweifelhaft — nicht mehr als wesentlich angesehen werden kann.

3. Bei Frau La.

Auch sie ist nur bis zum 1. April 1914 beim Beamtenwohnungsverein tätig gewesen und hat verdient, wie Frau Sa.; z. B. betreibt sie eine Hökerei. Der Ehemann verdient als Schneider beim Bekleidungsamt 30 M. die Woche. Im Haushalt befinden sich zwei Kinder im Alter von 7 und 5 Jahren, außerdem die alte arbeitsunfähige Mutter der Frau. Die Miete erfordert 28,50 M. den Monat. Mit Rücksicht auf den nicht ungünstigen Arbeitsverdienst des Ehemanns und die nicht sehr große Belastung der Familie — die alte Mutter wird nur wenig Kosten machen — hat der Beschlußausschuß, entgegen der Auffassung der Frau La. und der Ortskrankenkasse, das beim Beamtenwohnungsverein verdiente Entgelt nicht mehr für wesentlich erachtet.

4. Bei Frau Sch.

Sie verdient 12 M. im Monat und dazu 10 M. im Jahr; früher hat sie noch ein weiteres Treppenhaus gereinigt, die Arbeit aber aufgegeben, weil es ihr zu viel wurde. Der Ehemann ist Hausmeister des Beamtenwohnungsvereins und bezieht als solcher 1700 M. Gehalt und freie Wohnung, die der Verein mit 408 M. bewertet. Im Haushalt befinden sich 7 Kinder im Alter von 1½—16 Jahren; die älteste Tochter verdient als Putzmacherin 20 M. den Monat, ein Sohn als Laufjunge 6 M. im Monat. Trotz der starken Familie kann auch hier der Verdienst der Frau aus dem Treppenreinigen, entgegen ihrer eigenen Auffassung und derjenigen der Ortskrankenkasse, nicht mehr als wesentlich gelten, da der Ehemann ein beträchtliches festes Einkommen von rd. 2100 M. hat und die Kinder bereits verdienen helfen, also nicht lediglich als Belastung der Familie zu rechnen sind. Für diese Auffassung spricht auch die von der Frau Sch. geäußerte Absicht, die Treppenreinigung demnächst aufzugeben.

Der Beginn freiwilliger Mitgliedschaft darf nicht abweichend von § 310 Abs. 1 RVO. festgesetzt werden. — Die Satzung kann das Zurückweisungsrecht aus § 310 Absatz 3 Satz 2 zeitlich einschränken. — Beschlüsse des Ausschusses können nur durch fristlose Aufsichtsbeschwerde angefochten werden.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 20. Dezember 1913.

1. § 3 der Kassensatzung bestimmt, daß die Mitgliedschaft freiwillig Beitretender „mit dem Tage beginnt, an welchem denselben die Entscheidung des Kassenvorstandes über die geschehene Aufnahme zugestellt wird". Das Oberversicherungsamt hat diese Bestimmung im Hinblick auf § 310 Abs. 1 RVO. beanstandet und empfohlen, sie der entsprechenden Bestimmung im § 3 der Mustersatzung für Betriebskrankenkassen anzupassen. Die Beschwerdeführerin hält die Beibehaltung der Bestimmung für zulässig und zweckmäßig, um die nachträgliche Zurückweisung neu beitretender Versicherungsberechtigter (zu vergleichen § 310 Abs. 3 RVO.) zu vermeiden.

Nach der ausdrücklichen Vorschrift des § 310 Abs. 1 Satz 1 a. a. O. beginnt die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter mit dem Tage ihres Beitritts zur Kasse. Diese Vorschrift ist zwingenden Rechtes, und es fehlt an einer gesetzlichen Ermächtigung für die Kassen, durch Satzungsbestimmungen den Beginn der Mitgliedschaft anderweitig zu regeln. Richtig ist zwar, daß die in Aussicht genommene Regelung zur Vermeidung von Weiterungen beitragen würde, die infolge der Zurückweisung Versicherungsberechtigter in den

Digitized by Google

Fällen des § 310 Abs. 3 a. a. O. entstehen können. Dieser Umstand genügt aber nicht, um die Versicherungsberechtigten entgegen der Vorschrift des § 310 Abs. 1 RVO. allgemein, auch in den zahlreichen und wohl überwiegenden Fällen, in denen eine Zurückweisung nicht erfolgt, hinsichtlich des Beginns der Mitgliedschaft schlechter zu stellen, als ob es das Gesetz vorsieht. Die Beanstandung der Satzungsbestimmung durch das Oberversicherungsamt ist also begründet.

2. Im § 3 Abs. 3 der Satzung wird weiter bestimmt:

„Der Kassenvorstand muß Versicherungsberechtigte, die sich zum Beitritt melden, ärztlich untersuchen lassen. Ergeht nicht binnen vier Wochen nach Eingang der Anmeldung und des damit gleichzeitig einzureichenden Gesundheitszeugnisses eine Entscheidung im ablehnenden Sinne, so gilt die Aufnahme als bewirkt." Die in dem letzten Satze enthaltene Bestimmung hat das Oberversicherungsamt beanstandet und empfohlen, die entsprechende Bestimmung der Mustersatzung für gewerbliche Betriebskrankenkassen an ihre Stelle zu setzen.

Nach § 310 Abs. 3 RVO. kann die Kasse binnen einem Monat den Beitritt Erkrankter und solcher Personen, für die das nach § 310 Abs. 2 RVO. erforderliche Gesundheitszeugnis nicht genügt, mit Wirkung von der Anmeldung an zurückweisen. Diese Vorschrift bezweckt, das Zurückweisungsrecht der Kasse angemessen zu begrenzen (zu vgl. Begr. zu § 323 Entw. S. 196). Es handelt sich hier also um eine zugunsten der Versicherungsberechtigten und wohl auch einer ordnungsmäßigen Kassenführung vorgeschriebene Höchstgrenze. Demnach wäre es zweifellos unzulässig, die Frist durch eine abweichende Satzungsbestimmung zu verlängern. Es widerstreitet aber weder dem Zwecke noch dem Wortlaut der Vorschrift, wenn sich die Kasse des zeitlich weitergehenden Zurückweisungsrechts begeben und, statt der einmonatigen, die kürzere vierwöchige Frist festsetzen will. Wenn die Kasse weiter bestimmt hat, daß die Aufnahme als bewirkt gelte, falls nicht binnen dieser Frist eine ablehnende Entscheidung ergeht, so handelt es sich lediglich um eine dem Wortlaut, nicht aber dem Sinne nach von der Vorschrift des § 310 Abs. 3 a. a. O. abweichende Regelung des Zurückweisungsrechts, die ebenfalls nicht zu beanstanden ist.

3. Im § 47 der Satzung, der von den Beschlüssen und Aufgaben des Ausschusses handelt, wird bestimmt, daß das Recht, gegen Beschlüsse des Ausschusses Einspruch zu erheben, „mit 14 Tagen nach der Beschlußfassung erlischt". Das Oberversicherungsamt hält diese Bestimmung für ungesetzlich, die Kasse will sie beibehalten, weil durch ein zeitlich unbeschränktes Einspruchsrecht die ordnungsmäßige Kassenverwaltung erschwert werde.

Ein eigentliches Rechtsmittel, insbesondere die Rechtsbeschwerde, ist gegenüber Beschlüssen des Ausschusses nicht gegeben. Sie können vielmehr nur durch Anrufen der Aufsichtsbehörde (§§ 30, 377 RVO.) im Wege der allgemeinen Aufsichtsbeschwerde angefochten werden, sei es durch den Vorsitzenden des Vorstandes nach der ihm gemäß § 8 und § 357 RVO. auferlegten Pflicht, sei es durch andere Personen, insbesondere Kassenmitglieder. Die Aufsichtsbeschwerde ist aber nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen unbefristet; für sie gilt insbesondere die Vorschrift des § 128 Abs. 1 nicht (zu vgl. Hanow, I. Bd. 3. Aufl. Anm. 8 zu § 8 und Anm. 3 zu § 128 RVO.). Ihre Geltendmachung kann deshalb auch durch die Satzung nicht zeitlich begrenzt werden. Der Wegfall der beanstandeten Bestimmung dürfte übrigens für die Kasse nicht von erheblicher praktischer Bedeutung sein, da die Beschwerdeführer in der Mehrzahl der Fälle selbst ein Interesse daran haben werden, die Beschwerde bald zu erheben.

In Uebereinstimmung mit der Entscheidung 1791 (Amtl. Nachr. 1913 S. 833) ist in dieser Entscheidung weiter folgendes ausgeführt worden: § 6 der Satzung bestimmt, daß für Personen, die der Kasse freiwillig weiter angehören, ohne im Betriebe der Firma tätig zu sein, die Kassenleistungen auf Krankenpflege und Krankenhauspflege ohne Hausgeld oder deren Ersatz ohne Krankengeld beschränkt werden. Diese Bestimmung ist vom Oberversicherungsamte mit Recht beanstandet worden. Denn wie das Reichsversicherungsamt bereits in der vorerwähnten Entscheidung 1791 ausgesprochen hat, gilt die im § 215 Abs. 2 RVO. vorgeschriebene Beschränkung der Kassenleistung nicht für sämtliche freiwillige Kassenmitglieder, sondern nur für diejenigen, welche der Kasse freiwillig beitreten. Diejenigen Versicherten aber, die freiwillig Mitglieder der Kasse bleiben, sind wie versicherungspflichtige Mitglieder zu behandeln; eine anderweite Festsetzung der Kassenleistungen könnte für sie nur im Rahmen und unter der Voraussetzung des § 193 Abs. 3 RVO. durch die Satzung erfolgen.

Hiernach war der Beschwerde zu Ziff. 2 der Beschwerdepunkte stattzugeben, im übrigen die Beschwerde aber als unbegründet zurückzuweisen.

Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts.

(Heft 7 der Amtl. Nachr. v. 15. Juli 1914.)

Die Versicherungsberechtigung erlischt, nach § 178 RVO. auch dann, wenn die Einkommensgrenze von 4000 M. schon vor dem 1. Januar 1914

Digitized by Google

überschritten war (1867 S. 593. — Zu vgl. hier S. 523, 525).

Werden Mitglieder des Ausschusses einer Krankenkasse in den Vorstand als Mitglieder oder Ersatzmänner gewählt, so scheiden sie nach § 327 RVO. aus dem Ausschuß aus (1868 S. 597).

Unterläßt der Vorstand einer Krankenkasse bei Prüfung der Wahlvorschläge, den Wahlvorschlagsvertreter zur Ergänzung der Benennung eines Bewerbers, der nicht in der durch die Wahlordnung bestimmten Weise bezeichnet ist, aufzufordern, so liegt ein Mangel des Wahlverfahrens vor, der nur dann nicht die Ungültigkeit der Wahl zur Folge hat, wenn er nachweisbar auf das Ergebnis der Wahl ohne Einfluß geblieben ist (1869 S. 598).

Wenn bei der Wahl zum Kassenvorstand auf gültigen Wahlvorschlägen im ganzen nur so viele wählbare Bewerber benannt sind, wie Vertreter zu wählen sind, so ist für eine Wahl mit Stimmabgabe kein Raum. Erfolgt eine solche, so ist lediglich das Wahlergebnis anderweit festzustellen (1870 S. 599).

Die Wahl der Arbeitgeber zum Kassenvorstand ist ungültig, wenn sie, entgegen der Wahlordnung, nicht in einem nach Anfang und Ende bestimmten Zeitraum vollzogen worden ist, ein Arbeitgeber seine Stimme erst abgegeben hat, nachdem die Wahlurne zur Feststellung des Wahlergebnisses umgeschüttet war, und das Wahlergebnis durch diese Stimme beeinflußt sein kann (1871 S. 600).

Sind Mitglieder des Ausschusses durch Naturereignisse oder sonstige unabwendbare Zufälle verhindert worden, im Termin zur Vorstandswahl zu erscheinen, so ist die Wahl jedenfalls dann nicht ungültig, wenn der Wahlkörper ohne die verhinderten Ausschußmitglieder noch angemessen zusammengesetzt ist (1872 S. 601).

Die Versicherten können für Uebertretung der Krankenordnung durch Familienangehörige, denen Familienhilfe gewährt wird, nicht bestraft werden (1873 S. 603).

C. Zur Unfallversicherung.

Örtliche Zuständigkeit des Versicherungsamts im Einspruchverfahren.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts**
a) v. 20. Mai 1914.
b) v. 19. Mai 1914.

a)

Es war zunächst zu prüfen, ob § 1640 RVO. für die Entscheidung dieses Streites Anwendung findet. Nach § 1592 Abs. 1 Satz 3 gelten für die Zuständigkeit des Versicherungsamts die §§ 1637 bis 1639 entsprechend. Dagegen fehlt im Einspruchsverfahren eine Vorschrift darüber, welche Behörde über etwa entstehende Zuständigkeitsstreitigkeiten zu entscheiden hat. Es bestehen aber keine Bedenken, die im Spruchverfahren in Sachen der Krankenversicherung geltende Vorschrift des § 1640 auch im vorliegenden Falle anzuwenden. Denn ein anderes Verfahren ist in der Reichsversicherungsordnung nicht vorgesehen. Auch ist eine entsprechende Anwendung des § 1640 in den sonst in Betracht kommenden Fällen angeordnet, so im § 1679 für das Berufungsverfahren, im § 1786 für das Beschlußverfahren und, sonst wörtlich mit der hier fraglichen Vorschrift des § 1592 übereinstimmend, im § 1614 für das vorbereitende Verfahren in Sachen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Für die Entscheidung selbst sind folgende Erwägungen bestimmend gewesen: Die Ansicht, es komme für die Zuständigkeit des Versicherungsamts im Einspruchsverfahren darauf an, wo der Berechtigte zur Zeit der Erhebung des Einspruchs und nicht, wo er zur Zeit seiner Vernehmung wohne, wird allerdings wesentlich durch den Wortlaut des Gesetzes unterstützt. Der § 1592 Abs. 1 Satz 4, der die Vernehmung des Berechtigten vor dem Versicherungsamte vorsieht, in dessen Bezirk er zur Zeit der Vernehmung wohnt, gilt nur für den Fall, daß der Berechtigte einen dahingehenden Antrag stellt. Hieraus könnte geschlossen werden, daß sonst die allgemeine Vorschrift des vorhergehenden Satzes in Verbindung mit § 1637 Platz greife, daß somit das Versicherungsamt zuständig sei, in dessen Bezirke der Versicherte zur Zeit des Antrags, dem in Sachen der Unfallversicherung die Erhebung des Einspruchs entspreche, wohnt oder beschäftigt ist. Dieses Ergebnis ist in Fällen wie dem vorliegenden, wo der Berechtigte nach Erhebung des Einspruchs, aber vor seiner Vernehmung in den Bezirk eines anderen Versicherungsamts verzogen ist, unbefriedigend. Denn das Versicherungsamt hat, wenn der Berechtigte in dem für seine Vernehmung angesetzten Termine nicht erscheint, die Akten dem Versicherungsträger zurückzusenden (§ 1593 Abs. 2). Das

Digitized by Google

Einspruchsverfahren ist damit beendet. Die Ansicht, daß in solchen Fällen das nach der allgemeinen Regel des § 1637 zuständige Versicherungsamt das Amt, in dessen Bezirke der Berechtigte jetzt wohnt oder beschäftigt ist, im Wege der Rechtshilfe um dessen Vernehmung ersuchen könne, falls diesem der Weg zu dem zuständig gebliebenen Amte nicht zuzumuten sei (zu vergl. Arbeiter-Versorgung 1914 S. 227) trifft nicht zu. Denn die Vernehmung des Berechtigten ist dem Versicherungsamt als selbständige amtliche Aufgabe überwiesen; erfolgt die Vernehmung durch einen anderen als den Vorsitzenden des Versicherungsamts oder einen gemäß § 39 a. a. O. bestellten ständigen Stellvertreter des Vorsitzenden, so liegt ein von Amts wegen zu berücksichtigender wesentlicher Mangel des Verfahrens vor (zu vergl. Rekursentsch. 2687, Amtl. Nachr. des RVA. 1914 S. 323). Hiernach ist nicht nur die Vernehmung des Berechtigten durch einen Bureau- oder Kanzleibeamten, sondern auch durch den Vorsitzenden eines hierfür nicht zuständigen Versicherungsamts ausgeschlossen.

Die Entstehungsgeschichte ergibt aber ein anderes Bild über die Bedeutung der Zuständigkeitsvorschriften im Einspruchsverfahren. Sie verdanken ihre jetzige Fassung den Beschlüssen der zweiten und der Ausgleichslesung der Kommission. In der zweiten Lesung war der Antrag Nr. 787 gestellt worden (zu vergl. Kommissionsber. 6. Teil S. 86 ff.). Dieser enthielt im § 1569 folgende Vorschriften (Abs. 1 Satz 2 und 3): „Die für den Erlaß des Bescheids zuständige Stelle bestimmt, ob der Berechtigte vor ihr oder vor dem nach den §§ 1598 bis 1599a (§§ 1637 bis 1639 des Gesetzes) zuständigen Versicherungsamte vernommen werden soll. Der Berechtigte kann jedoch verlangen, daß er vor dem Versicherungsamte vernommen wird". Hierzu wurde der Antrag 8 (Nr. 806) gestellt — a. a. O. 6. Teil S. 90 —: in § 1569 am Ende des Abs. 1 hinzuzufügen: „in dessen Bezirk er zur Zeit der Vernehmung wohnt oder beschäftigt ist". Dieser Antrag wurde angenommen, nachdem ein Vertreter der verbündeten Regierung ausgeführt hatte — a. a. O. S. 111 —: „Nach den allgemeinen Vorschriften über die Zuständigkeit würde in der Regel auch für die Vernehmung das Versicherungsamt zuständig sein, in dessen Bezirke der Versicherte zur Zeit der Erhebung des Einspruchs wohne. Regele man die Zuständigkeit nach dem Antrag 8, so komme für die Vernehmung stets nur das nächstgelegene Versicherungsamt in Frage". Das Reichsversicherungsamt hat, auf diese Ausführungen gestützt, schon in einer Entsch. vom 12. März 1914 — I 2249 — sich dahin ausgesprochen, daß, wenn der Berechtigte seine Vernehmung vor dem Versicherungsamte verlangt, stets das Amt zuständig ist, in dessen Bezirk er zur Zeit seiner Vernehmung wohnt oder beschäftigt ist. Es ist aber anzunehmen, daß durch den Antrag 8 die Zuständigkeit des Versicherungsamts im Einspruchsverfahren nicht nur für diesen Fall, sondern überhaupt geregelt werden sollte. Man hat es dabei nur unterlassen, im Wortlaut kenntlich zu machen, daß auch dann der Zeitpunkt der Vernehmung für die Zuständigkeit des Versicherungsamts maßgebend ist, wenn der Versicherungsträger die Vernehmung vor dem Versicherungsamt angeordnet und der Berechtigte keinen dem § 1592 Abs. 1 Satz 4 entsprechenden Antrag gestellt hat.

Dies ergibt sich auch daraus, daß jeder innere Grund dafür fehlt, die Zuständigkeit des Versicherungsamts im letzteren Falle anders, und zwar dahin zu regeln, daß der Wohn- oder Beschäftigungsort zur Zeit der Erhebung des Einspruchs maßgebend sein soll. Man hat die Zuständigkeit des Versicherungsamts im Entwurfe zunächst im Spruchverfahren der Kranken- und im vorbereitenden Verfahren der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung hauptsächlich von dem Wohn- oder Beschäftigungsorte des Versicherten abhängig gemacht, um ihm Gelegenheit zu geben, seine Rechte persönlich wahrzunehmen. Dieser Absicht hätte es am besten entsprochen, wenn man auch den Zeitpunkt für die Zuständigkeit hätte maßgebend sein lassen, der für die Wahrnehmung der Rechte des Versicherten entscheidend ist, also die mündliche Verhandlung, auf Grund deren in der Krankenversicherung das Urteil ergeht und im vorbereitenden Verfahren der Invalidenversicherung ein Gutachten erstattet wird. Das ist jedoch in diesen beiden Versicherungszweigen nicht möglich. Denn das Verfahren besteht dort regelmäßig aus mehreren Amtshandlungen des Versicherungsamts, deren Reihenfolge nicht bestimmt ist. Nur soviel steht fest, daß die mündliche Verhandlung erst den Abschluß des Verfahrens bildet. Die Zuständigkeit des Versicherungsamts mußte sich also hier nach dem Zeitpunkt richten, in welchem das Verfahren durch den Antrag des Versicherten anhängig wird. Im Einspruchsverfahren liegen die Verhältnisse wesentlich anders. Die Tätigkeit des Versicherungsamts beginnt immer mit der Vernehmung des Berechtigten (§ 1593). Sie bildet die Grundlage des Verfahrens und wird vielfach die einzige Obliegenheit des Versicherungsamts sein. Deshalb konnte man hier zu Gunsten des Berechtigten weitergehen, indem man die Zuständigkeit des Versicherungsamts nicht von der Erhebung des Einspruchs, die nur formelle Bedeutung hat (Wahrnehmung der Rechtsmittelfrist), sondern von dem Zeitpunkt der Vernehmung abhängig machte. Ob der Versicherungsträger die Vernehmung vor dem Ver-

Digitized by Google

sicherungsamt anordnet oder der Berechtigte sie verlangt, ist hierbei ohne Bedeutung.

Der § 1569 gestattete allerdings, so wie er in der zweiten Lesung angenommen war, keine dahingehende Auslegung, weil er die wörtliche Anwendung des § 1598 (1637) vorschrieb. Nach den Beschlüssen der Ausgleichslesung gelten jetzt aber die allgemeinen Zuständigkeitsvorschriften im Einspruchsverfahren nur mehr entsprechend — zu vergleichen a. a. O. 6. Teil S. 121 Antrag 4 a (Nr. 872, 12) —. Diese Fassung ermöglicht eine freiere, den besonderen Verhältnissen des Einspruchsverfahrens Rechnung tragende Auslegung.

b)

Die Zuständigkeit des Versicherungsamts im Einspruchsverfahren richtet sich gemäß § 1592 Abs. 1 Satz 3 in Verbindung mit § 1637 a. a. O. danach, wo der Berechtigte wohnt oder beschäftigt ist. Die Entscheidung darüber, welches Versicherungsamt im vorliegenden Falle zuständig ist, hängt, weil der Verletzte und sein gesetzlicher Vertreter in den Bezirken verschiedener Versicherungsämter wohnen, davon ab, ob unter dem Berechtigten der sachlich berechtigte Verletzte zu verstehen ist oder der prozessual berechtigte gesetzliche Vertreter, der von seinem Rechte, für seinen minderjährigen Sohn das Verfahren zu betreiben, Gebrauch gemacht hat. Im Spruchverfahren in Sachen der Krankenversicherung besteht kein Zweifel darüber, daß es ebenso wie im Zivil- und Strafprozeß (zu vgl. §§ 12, 13 ZPO., § 8 StrPO.) auf die Person des sachlich Berechtigten ankommt. Denn nach § 1637 a. a. O. hängt die Zuständigkeit des Versicherungsamts davon ab, in welchem Bezirke der Versicherte wohnt oder beschäftigt ist. Schon daraus, daß diese Vorschrift im Einspruchsverfahren entsprechend anzuwenden ist, ergibt sich, daß auch dort für die Zuständigkeit des Versicherungsamts die Person des sachlich Berechtigten maßgebend ist. Hierfür spricht auch die Entstehungsgeschichte des § 1592. In der ersten Lesung der Kommission war der Antrag Nr. 480 gestellt worden, der für das Einspruchsverfahren grundlegend ist. Nach § 1564 c dieses Antrags begründet die rechtzeitige Erhebung des Einspruchs das Recht des Verletzten oder seiner Hinterbliebenen auf persönliches Gehör (zu vgl. Kommissionsbericht 6. Teil S. 70). In der endgültigen Fassung der Beschlüsse erster Lesung ist an Stelle „des Verletzten oder seiner Hinterbliebenen" gesetzt „des Berechtigten". Aus den Verhandlungen der Kommission läßt sich nicht ersehen, daß die Aenderung aus einem andern als einen redaktionellen Grunde erfolgt ist. „Der Berechtigte" bedeutet also das gleiche wie „der Verletzte oder seine Hinterbliebenen", es ist damit der sachlich Berechtigte gemeint. Zuständig ist daher das Versicherungsamt, in dessen Bezirke der sachlich Berechtigte wohnt.

Hanssohn als landwirtschaftlicher Betriebsbeamter?

Rekursentsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 11. November 1913.

Als „Betriebsbeamte" im Sinne des Unfallversicherungsgesetzes für Land- und Forstwirtschaft gelten nach der ständigen Gesetzesauslegung des Reichsversicherungsamts im allgemeinen nur solche Personen, die in größeren Betrieben mit einer leitenden oder beaufsichtigenden, die Tätigkeit eines Arbeiters in nicht unerheblichem Maße überragenden Tätigkeit betraut sind, bei denen der Schwerpunkt der Beschäftigung nicht in dem persönlichen Eingreifen bei der Arbeitstätigkeit, sondern in einer Beteiligung bei der Betriebsleitung und in einer Aufsichtsstellung gegenüber den Arbeitern liegt, und an die in der Regel höhere Anforderungen hinsichtlich ihrer fachlichen Ausbildung und Kenntnisse sowie ihres selbständigen Urteilsvermögens gestellt werden als an einen Arbeiter (zu vgl. Rekursentsch. 2399, Amtl. Nachr. 1910 S. 522). Im § 40 des Statuts der Beklagten vom 30. Dezember 1901 ist entsprechend dieser allgemeinen Auffassung der Begriff des Betriebsbeamten dahin bestimmt worden, daß als Betriebsbeamte diejenigen Personen anzusehen seien, welche in dem Wirtschaftsbetrieb (oder in einem Teile desselben) als Bevollmächtigte des Betriebsunternehmers tätig sind oder vorwiegend in einer leitenden oder beaufsichtigenden Stellung wirken. Wie die Satzung weiter beispielsweise anführt, werden zu den Betriebsbeamten Administratoren, Inspektoren, Wirtschafter und Beamte in ähnlicher Stellung gezählt. Diese Begriffsmerkmale treffen auf die Tätigkeit des verstorbenen Ehemanns der Klägerin im landwirtschaftlichen Betriebe seines Vaters nicht zu. Die Größe des Betriebes betrug zur Unfallzeit 19 Hektar; es wurden 2 Dienstboten und 3 Tagelöhner beschäftigt, der Viehbestand belief sich auf 3 Pferde, 5 Stück Rindvieh, 4 Schweine und 30 Hühner. Wenn auch unter Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse ein Betrieb des geschilderten Umfanges nicht den kleineren Landwirtschaften zugerechnet werden kann, so war er doch nur ein bäuerlicher mittlerer Größe und nicht so umfangreich, daß seine Bewirtschaftung und Leitung besondere höhere Kenntnisse auf dem Gebiete der Landwirtschaft erforderte. In derartigen Betrieben werden Inspektoren und ähnliche Angestellte nicht gehalten. Auch angesichts des Umstandes, daß der Verletzte die Stelle seines Vaters vollständig vertrat, ist nach der ganzen Sachlage nicht an-

Digitized by Google

zunehmen, daß der Schwerpunkt der Beschäftigung des Verletzten, der in der Wirtschaft selbst mit Hand anlegte, in einer die Tätigkeit eines Arbeiters weit überragenden Betriebsleitung und Beaufsichtigung lag.

Aber auch als „Facharbeiter" im Sinne des Unfallversicherungsgesetzes für Land- und Forstwirtschaft und der Satzung der Beklagten, als welchem ihm und seinen Hinterbliebenen ebenfalls der wirkliche Jahresarbeitsverdienst für die Entschädigung anzurechnen wäre, ist der Verletzte nicht anzusprechen. Er ist keiner der Gruppen von Personen zuzurechnen, die die dafür maßgebende Satzung der Beklagten im § 40 Abs. 2 als Facharbeiter anführt. Es fehlt somit an denjenigen Voraussetzungen, die eine Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes des Verletzten auf der Grundlage des § 9 des Unfallversicherungsgesetzes für Land- und Forstwirtschaft rechtfertigen. Vielmehr hat die Beklagte mit Recht den gemäß § 10 a. a. O. behördlich festgesetzten Durchschnittsverdienst gewöhnlicher landwirtschaftlicher Arbeiter der Rentenberechnung zugrunde gelegt.

Zu der gleichen Beurteilung der Sachlage gelangt man, wenn man gemäß Art. 60 EinfGes. RVO. die Bestimmungen dieses Gesetzes über Betriebsbeamte und Facharbeiter berücksichtigt. Während nach altem Rechte die Bestimmung des Begriffs „Betriebsbeamter" der Satzungsreglung überlassen war, ist der Begriff jetzt ausschließlich durch die Reichsversicherungsordnung selbst festgestellt. Es fehlt aber jeder Grund für die Annahme, daß sein Inhalt jetzt ein anderer sein soll, als ihn das Reichsversicherungsamt bisher in seiner langen Spruchübung bestimmt hat. Was die „Facharbeiter" endlich anlangt, so gibt § 923 Abs. 3 RVO. eine Umschreibung dieses Begriffs dahin, daß Facharbeiter derjenige ist, der für seine Stellung besonderer fachlicher Fertigkeiten bedarf und sich hierdurch über einen gewöhnlichen landwirtschaftlichen Arbeiter erhebt. Das Gesetz zählt eine Reihe von Personengruppen auf, die zu den Facharbeitern zu rechnen sind, und läßt außerdem zu, daß die Satzung außer diesen Gruppen noch andere aufstellen kann. Da aber der Verletzte weder einer der im § 923 RVO. genannten noch außer diesen der im § 45 der neuen Satzung der Beklagten v. 20. Dez. 1912 genannten Gruppen zuzurechnen ist, so war er auch nach neuem Rechte nicht als ein Facharbeiter anzusehen, dessen Rente nach dem Individuallohne (§§ 931 bis 935, 939, 941) zu bemessen wäre.

Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts.

(Heft 7 der Amtl. Nachrichten v. 15. Juli 1914.)

Ob den Anträgen von Unternehmern auf Zuteilung ihrer sämtlichen Betriebe an eine Berufsgenossenschaft (§§ 542, 632, 922 RVO.) stattzugeben ist, unterliegt dem freien Ermessen der Instanzen bei Berücksichtigung der wohlverstandenen Interessen des Unternehmers einerseits und der Eigenart und des besonderen Aufgabenkreises der beteiligten Versicherungsvertreter anderseits (2718 S. 577).

Der § 1640 RVO. (betreffend Zweifel hinsichtlich des zuständigen Versicherungsamts) gilt entsprechend im Einspruchsverfahren. Zuständig ist das Versicherungsamt, in dessen Bezirke der Berechtigte zur Zeit seiner Vernehmung wohnt oder beschäftigt ist (2719 S. 580).

Die Zuständigkeit des Versicherungsamts im Einspruchsverfahren richtet sich nach dem Wohn- oder Beschäftigungsorte des sachlich Berechtigten, das heißt: des Verletzten oder seiner Hinterbliebenen selbst, nicht ihres gesetzlichen Vertreters (2720 S. 582).

Die Versicherungsämter können gegen eine Instanzentscheidung über ihre Entscheidung kein Rechtsmittel einlegen (2721 S. 582).

Im Beschlußverfahren genügt zur Begründung der Zuständigkeit des Versicherungsamts in Sachen der Unfallversicherung (§ 1784 RVO.) eine Beschäftigung von längerer Dauer, auch wenn der Sitz des Betriebs im Sinne des Betriebsverzeichnisses im Bezirk eines anderen Versicherungsamts liegt (2722 S. 582).

Nach § 537 Abs. 1 Ziff. 7 RVO. unterliegen die Stallhaltungsbetriebe — anders als nach der früheren Uebung des RVA. (vgl. Handb. der Unf.-Vers. 3. Aufl. I S. 167 Anm. 128 Abs. 2 zu § 1 GUVG.) — ohne weitere Einschränkung der Versicherung. Bildet die Stallhaltung nach den Umständen eine Einheit mit der Landwirtschaft, so ist sie als deren Nebenbetrieb bei der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft versichert (2723 S. 583).

Beansprucht ein Unternehmer die Löschung seines Betriebs, so steht ihm bei Widerspruch die instanzielle Beschwerde beim Oberversicherungsamte zu (2724 S. 583).

Digitized by Google

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Artisten (Spezialitäten) als „Bühnenmitglieder".

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 28. Februar 1914.

Nach bisherigem Rechte ging man im allgemeinen davon aus, daß sogenannte Spezialitäten (Artisten, Gymnastiker usw.) regelmäßig selbständige Gewerbtreibende sind, sofern sie nicht im Einzelfall in einem auf die Dauer berechneten persönlichen Abhängigkeitsverhältnisse stehen (Rundschreiben des Reichskanzlers v. 17. Dezember 1891 über die Versicherungspflicht der bei Schauspielgesellschaften und ähnlichen Unternehmungen beschäftigten Personen (Arbeiter-Versorgung 1892 S. 58); Ziff. 56 der Anleitung über den Kreis der nach dem Invalidenversicherungsgesetze versicherten Personen v. 6. Dezember 1905, Amtl. Nachr. 1905 S. 673; Entsch. 1035, Amtl. Nachr. 1903 S. 361). Inwieweit dies noch unter der Herrschaft der Reichsversicherungsordnung zutrifft, kann dahingestellt bleiben, da es sich hier um die Versicherungspflicht zweier Truppenmitglieder handelt, die nach den Begleitumständen zu dem „Truppenchef" in ein dauerndes persönliches Abhängigkeitsverhältnis getreten sind. Während der Chef einen nicht unbedeutenden Unternehmergewinn bezieht, erhalten die Mitglieder der Truppe von ihm eine feste monatliche Vergütung von 100 M. neben freier Reise und Station, sowie die Kostüme. Das Vertragsverhältnis, das schon mehrere Jahre andauert, unterliegt einer monatlichen Kündigung. Als selbständige Unternehmer können die Schwestern R. hiernach nicht gelten. Es bleibt zu prüfen, ob sie als Gewerbegehilfen im Sinne des § 1226 Nr. 1 oder als Bühnenmitglieder im Sinne des § 1226 Nr. 4 RVO. zu erachten sind.

Die Reichsversicherungsordnung hat den Begriff der „Bühnen- und Orchestermitglieder" in das Gesetz eingeführt und diese in § 1226 Nr. 4 a. a. O. ohne Rücksicht auf den Kunstwert der Leistungen für versichert erklärt. Voraussetzung der Versicherung ist jedoch nach Abs. 2, daß nicht ihr regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst 2000 M. an Entgelt übersteigt. Da Personen, auf welche neben den Merkmalen im § 1226 Nr. 1 auch die einer der besonderen Gruppen der folgenden Nummern zutreffen, nach den Vorschriften für ihre besondere Gruppe beurteilt werden müssen, ist zunächst zu prüfen, ob die Schwestern R. „Bühnenmitglieder" im Sinne der Nr. 4 a. a. O. sind. Dabei muß auf die Entstehungsgeschichte der neuen Vorschrift zurückgegangen werden. Hinsichtlich der Bühnen- und Orchestermitglieder war bisher geltendes Recht, daß der Versicherungspflicht im allgemeinen entzogen war, wer eine höhere künstlerische Tätigkeit entfaltete. Für die Beurteilung dieser Frage war das gesamte Gepräge des Unternehmens, nicht die persönliche Leistung des Einzelnen maßgebend. Mit dieser Rechtsübung wollte der Gesetzgeber durch Schaffung der besonderen Gruppe in § 1226 Nr. 4 a. a. O. brechen (zu vgl. die Begr. S. 387). Er wollte Mitwirkende, deren persönlichen Leistungen kein höherer künstlerischer Wert beizumessen ist, die aber versicherungsfrei bleiben mußten, weil bei den Darbietungen des Unternehmens, dem sie angehören, ein höheres Kunstinteresse obwaltete, in die Versicherung einbeziehen. Gleichzeitig sollten aber auch die eine höhere künstlerische Tätigkeit entfaltenden, jedoch minder gelohnten Bühnen- und Orchestermitglieder der Versicherungspflicht unterstellt werden. Die Begründung gebraucht neben dem Worte „Bühnenmitglieder" noch die Ausdrücke „Bühnenangehörigen" und „Mitglieder einer Bühne" und führt hierbei im einzelnen „Schauspieler, Sänger, Choristen, Souffleure" auf. Artisten sind nicht erwähnt. Daß auch die Artisten zu den „Bühnenmitgliedern" gehören sollen, ist daher aus dem Wortlaut der Begründung nicht zu entnehmen. Auch nach dem gewöhnlichen Sprachgebrauche müßte es bedenklich erscheinen, sie allgemein hierunter zu rechnen. Deshalb wies die Internationale Artistenloge E. V. in Berlin in einer an die Reichstagskommission gerichteten Eingabe vom 25. Juni 1910 darauf hin, daß der Ausdruck „Bühnenmitglieder" entweder eine zu weite oder eine zu enge Auslegung zulasse. Zuweit, wenn nicht beabsichtigt sei, die Artisten der Versicherungspflicht zu unterstellen, da auch viele Artisten auf Bühnen aufträten. Zu eng, wenn die Artisten in die Versicherungspflicht einbezogen werden sollten. Denn oft träten sie nicht auf Bühnen, sondern in Zirkusmanegen, bei sogenannten herumreisenden „Arenen" unter freiem Himmel auf einem Schützenplatz oder einer Gemeindewiese und in kleinen Variétés, Tingeltangeln oder Konzerttunnels, die keine Bühne besäßen, auf einem Podium oder mitten unter dem Publikum auf. Gerade die in diesen Verhältnissen ihren Erwerb suchenden Artisten seien aber der Wohltat der sozialen Fürsorge der Kranken- und Invalidenversicherung dringend bedürftig. Als ein Uebelstand wäre es anzusehen, wenn die Versicherungspflicht bei derselben Person von dem Zufall abhinge, ob das Unternehmen, bei dem sie gerade beschäftigt sei, eine „Bühne" habe oder nicht. Diesen Erwägungen trug ein in der Reichstagskommission zu dem dem § 1226 Nr. 4 entsprechenden § 177 Nr. 4 des Entwurfs (§ 165 des

Digitized by Google

Gesetzes) gestellter Antrag (Nr. 2b) Rechnung, wonach hinter dem Worte „Orchestermitglieder" einzufügen sei: „Artisten". Zur Begründung bemerkte der Antragsteller in der Kommissionsberatung, die Weglassung dieser Personen aus dem Entwurfe könne nach seiner Auffassung nur auf einem Versehen beruhen. Darauf erwiderte ein Vertreter der verbündeten Regierungen (zu vgl. Komm.Ber. II S. 13):

„Die Einfügung des Wortes „Artisten" in Ziff. 4 sei überflüssig, da der Entwurf unter dem Ausdruck „Bühnenmitglieder" auch die Artisten, soweit sie nicht selbständige Unternehmer seien, verstehe. Soweit die Artisten in einem Zirkus tätig seien, sei ebenfalls eine Ergänzung des Entwurfs nicht nötig, da der Entwurf den Ausdruck „Bühne" im weitesten Sinne gebrauche, so daß auch ein Zirkus darunter falle. Im übrigen werde darauf aufmerksam gemacht, daß alle Musiker, Artisten, Schausteller usw. ohnehin versichert seien, die man als Arbeiter, Gehilfen oder als sonstige Angestellte im Sinne des Abs. 1 Nr. 2 des § 177 (§ 165 des Gesetzes) betrachten könne."

Da diese Erklärung, die zur Folge hatte, daß der Antrag Nr. 2b zurückgezogen wurde, sowohl in der Kommission wie im Plenum unwidersprochen geblieben ist, muß davon ausgegangen werden, daß die an der Gesetzgebung beteiligten Stellen den Begriffen „Bühne" und „Bühnenmitglied" jene weiteste Auslegung haben geben wollen. Im Hinblick hierauf und, da ohne die Erklärung des Regierungsvertreters das Wort „Artisten" voraussichtlich dem Antrag Nr. 2b entsprechend in den Gesetzestext aufgenommen worden wäre, hat der Beschlußsenat jener allerdings gegenüber dem natürlichen Wortsinn einer „Bühne" befremdlichen Auslegung folgen zu müssen geglaubt. Hiernach sind Artisten (Spezialitätenkünstler), soweit sie nicht selbständige Unternehmer sind, allgemein als „Bühnenmitglieder" im Sinne des § 1226 Nr. 4 zu erachten, unabhängig davon, ob sie auf einer „Bühne" getrennt von dem zuschauenden Publikum oder, wie vorliegend, im Saale auftreten. Unerörtert kann die Frage bleiben, ob ein einzelner Artist, der seine Leistungen allein darbietet, als „Bühnenmitglied" gelten kann oder ob es zur Erfüllung dieses Begriffs des Zusammenspiels mehrerer Personen bedarf. Denn hier ist jedenfalls diese Voraussetzung gegeben.

Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts.

(Heft 7 der Amtl. Nachr. v. 15. Juli 1914.)

Die Verjährung der Strafverfolgung wegen Nichtentrichtung von Beiträgen zur Invalidenversicherung beginnt, wenn keine Nachentrichtung stattgefunden hat, mit dem Ablauf der Verjährung der Beitragsrückstände nach § 29 RVO. (1866 S. 593).

§ 1445 Abs. 3 RVO. (betreffend Unanfechtbarkeit der Markenverwendung) gilt auch, wenn die Marken zum Zwecke der Selbstversicherung (§ 1243) verwendet sind, und der Versicherte zu Beginn der Selbstversicherung bereits das vierzigste Lebensjahr vollendet hatte (1874 S. 604).

§ 1445 Abs. 3 RVO. gilt auch, wenn die Invalidität vor dem Beginne der Markenverwendung eingetreten ist. — Durch § 1445 Abs. 3 werden nur die Marken der vor mehr als 10 Jahren aufgerechneten Quittungskarten geschützt; spätere Marken sind nicht anrechnungsfähig, wenn der Rentenbewerber bei ihrer Entrichtung bereits Invalide war (1875 S. 605).

Das Gesetz enthält keine Grundlage für eine Verpflichtung der Konkursgerichte, die Landesversicherungsanstalten grundsätzlich von allen Konkurseröffnungen zu benachrichtigen (1876 S. 608).

E. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Sittenwidrigkeit einer übermäßigen Honorarabrede.

Aus einem Urteile des Reichsgerichts, 3. Zivilsenat, v. 24. September 1913.

. . . . Nach der ständigen Rechtsprechung des Reichsgerichts setzt die Anwendung des § 138 Abs. 1 BGB. voraus, daß das Rechtsgeschäft selbst nach seinem aus der Zusammenfassung von Inhalt, Motiv und Zweck zu entnehmenden Gesamtcharakter, nach den objektiven und subjektiven Momenten gegen die guten Sitten verstößt. . . . Daß der Versprechende widerrechtlich durch Drohungen zum Abschlusse des Vertrages bestimmt worden ist (§ 123), genügt nicht, auch wenn die Willensbeeinflussung unsittlich war; anderseits steht dies der Anwendung des § 138 Abs. 1 nicht entgegen, wenn das Geschäft nach Inhalt und Zweck auch noch objektive Momente enthält, die mit den guten Sitten unvereinbar sind. . . . Die Uebermäßigkeit des Betrages der versprochenen Leistung, ein auffälliges Mißverhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung, macht grundsätzlich für sich allein das Geschäft nicht zu einem unsittlichen; es ist außerdem erforderlich, daß entweder sämtliche Voraussetzungen des Wuchers (§ 138 Abs. 2) vorliegen oder daß zu der Höhe des Versprochenen noch ein weiterer Umstand hinzukommt, der in

Digitized by Google

Verbindung hiermit den Vertrag nach seinem Gesamtcharakter als sittenwidrig erscheinen läßt. . .

Mit diesen Grundsätzen steht es im Einklange, wenn der Vorderrichter einen Vertrag, wodurch sich ein Rechtsanwalt ein das Angemessene in hohem Maße überschreitendes Honorar versprechen läßt, dann als gegen die guten Sitten verstoßend bezeichnet, wenn das Abkommen sich als eine rücksichtslose Ausnutzung der Sach- und Rechtslage durch den Sachwalter gegenüber dem von ihm abhängigen Klienten darstellt oder wenn die Zusage des Klienten durch Handlungen erreicht wird, die in ihrer Wirkung einer Erpressung sehr nahe stehen. Das Berufungsgericht ist also von zutreffenden rechtlichen Gesichtspunkten ausgegangen. Es findet keineswegs, wie die Revision behauptet, die Unsittlichkeit lediglich darin, daß die Klägerin zu dem Versprechen durch eine unzulässige Beeinflussung ihres Willens bestimmt worden sei, sondern legt außerdem Wert auf den Inhalt der Verträge, die Uebermäßigkeit des versprochenen Honorars. Es sagt nicht, wie die Revision meint, der Inhalt der Verträge verstoße nicht gegen die guten Sitten, sondern nur, die Uebermäßigkeit des Honorars genüge für sich allein nicht, das Versprechen zu einem unsittlichen zu machen.

Anmerkung: Unter entsprechenden Gesichtspunkten werden auch übermäßige Honorarvereinbarungen mit Aerzten zu beurteilen sein.

Sprechsaal.

Dauer der Krankenpflege bei unterbrochener Arbeitsunfähigkeit (§ 182 RVO.).

Vom Vorstand einer Krankenkasse geht uns folgende Zuschrift zu:

„Durch den Aufsatz von Regierungsrat Keibel in Heft 22 d. Js. sind hinsichtlich der Auslegung des § 183 RVO. Bedenken entstanden darüber, ob Absatz 2 tatsächlich die Wirkung haben soll, daß in allen Fällen bei Krankengeldbezug auch der Anspruch auf Krankenpflege besteht. Wenn dies zuträfe, was von Keibel (S. 514) vertreten wird, so hätte der zweite Satz des Absatz 1 von § 183 anders lauten müssen. Aus dem Wortlaut geht doch genau hervor, daß die Zeit, in der nur Krankenpflege gewährt wird, nur auf die Dauer des Krankengeldbezuges nicht zu rechnen ist, was sonach zur Folge haben muß, daß für die Krankenpflege in solchem Falle der Anspruch nicht über die 26. Woche besteht und die in dem Krankengeldbezug fallenden Krankheitszeiten ohne Krankenpflege für die Unterstützungszeit zur Anrechnung kommen. Hätte der Gesetzgeber gewollt, daß diese Zeiten überhaupt nicht zur Anrechnung kommen sollen, dann hätte er dies sicher zum Ausdruck gebracht und gesagt: „so wird diese Zeit auf die Dauer bis zu dreizehn Wochen für den Krankheitsfall nicht angerechnet". Das Gesetz betont aber besonders, daß die Zeit nur auf den Krankengeldbezug nicht zur Anrechnung kommt.

Der zweite Absatz des § 183 soll nach unserem Dafürhalten nur die Fälle betreffen, wo die Erwerbsunfähigkeit erst später eintritt und so die 26 Wochen der Unterstützungszeit für Krankenpflege überschritten werden und bis zu 52 Wochen dauern können."

Wir können das in dieser Zuschrift ausgedrückte Bedenken nicht teilen. Es mag sein, daß Abs. 1 Satz 2 des § 183, für sich allein betrachtet, nach seiner Wortfassung jenes Bedenken aufkommen läßt, aber der Zusammenhang mit Satz 1 und mit Abs. 2 läßt erkennen, daß das Gesetz dem Arbeitsunfähigen, solange er Krankengeld bezieht, immer auch Anspruch auf die erforderliche Krankenpflege einräumen will. Deshalb konnte das Gesetz sich begnügen, im Abs. 1 Satz 2 nur die Nichtanrechnung einer krankengeldfreien Zeit auf die Dauer des Krankengeldbezugs vorzuschreiben. Hat dies zur Folge, daß gegebenenfalls, bei Wiedereintritt der Arbeitsunfähigkeit, der Krankengeldbezug über 26 Wochen von seinem ersten Beginn hinausreicht, so hat es von selbst die weitere Folge, daß auch die Krankenpflege sich entsprechend erstreckt. Daß dies der wirklichen Absicht des Gesetzes entspricht, ist auch deshalb anzunehmen, weil es im wohlverstandenen Interesse der Kasse selbst liegt, den Kranken, solange er arbeitsunfähig ist und Anspruch auf Krankengeld hat, nicht ohne die erforderliche Krankenpflege zu lassen, die geeignet ist, die Arbeitsunfähigkeit und somit die Dauer der Krankengeldleistung abzukürzen.

Versicherungsrechtliche Beurteilung der „liebevollen Aufnahme".

Der zwischen der Hebamme und der von ihr aufgenommenen Schwangeren abgeschlossene gegenseitige Vertrag pflegt im allgemeinen auf der einen Seite die Verpflichtung zur Hilfe bei der Entbindung, Verpflegung und Wartung der Aufgenommenen während des Wochenbetts, auf der andern Seite die Verpflichtung zur Leistung einer Barvergütung zum Gegenstande zu haben. Ueber den bürgerlichrechtlichen und versicherungsrechtlichen Charakter dieses Vertrages ist ein Zweifel nicht möglich; es ist ein reiner Dienstvertrag des bürgerlichen Rechts, und sowohl die Entbindung wie die Pflege und Wartung durch die Hebamme ist Ausübung einer selbständigen Erwerbstätigkeit seitens derselben, die ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis nicht begründen. (Vgl. Rev. Entsch. 73 und 763, AN., J. u. AV. 1891 S. 178, 1899 S. 629.)

Anders ist die Rechtslage bei einer Abart dieses Vertragsverhältnisses, deren versicherungsrechtliche Beurteilung nicht ganz einfach liegt. Eine Schwangere, der Barmittel zur Deckung der Kosten für die Entbindung und Wartung auf dem Wochenbett nicht zur Verfügung stehen, vermietet sich bei einer Hebamme als Dienstmädchen. Sie verpflichtet sich, bis zu ihrer Entbindung, solange ihr zu arbeiten möglich ist, die Hausarbeit zu verrichten, wogegen die Hebamme die Verpflichtung übernimmt, sie zu

Digitized by Google

entbinden und während ihrer Arbeitsunfähigkeit auf dem Wochenbett zu pflegen und zu warten. Eine Barvergütung soll weder an den einen noch an den anderen Vertragsteil gezahlt werden, nur hat das Mädchen, das in die häusliche Gemeinschaft der Hebamme aufgenommen ist, Anspruch auf freien Unterhalt während der ganzen Zeit ihres Aufenthalts bei der Hebamme.

Dieser Vertrag ist im Sinne des BGB. ein gegenseitiger Dienstvertrag. Und zwar ist der Inhalt der Dienstverpflichtung der Schwangeren im großen Ganzen identisch mit der nach dem Gesindedienstvertrag dem Dienstboten obliegenden Verpflichtung. (Anleitung des RVA. Ziff. 40.) Dazu stimmt auch die Aufnahme in die häusliche Gemeinschaft. Diese Momente sind aber weder für die bürgerlichrechtliche noch für die versicherungsrechtliche Beurteilung der hier vorliegenden Vertragsverhältnisse ausschlaggebend. Maßgebend müssen hier vielmehr folgende Erwägungen sein.

Der Gegenwert für die Leistung der Hausarbeit durch die in die häusliche Gemeinschaft der Hebamme aufgenommene Schwangere besteht einmal in der Gewährung des freien Unterhalts, und zweitens in der kostenfreien Entbindung, Wartung und Pflege der Wöchnerin und der Kinder nach der Niederkunft. Von diesen Gegenleistungen wird man zwar den freien Unterhalt unter den Begriff des „Entgelts" im Sinne des § 165 RVO. rechnen können, nicht aber den Anspruch der Schwangeren auf die weiteren Leistungen der Hebamme. Wenn man das Vertragsverhältnis bis zum Eintritt der Entbindung für sich betrachten wollte, läge also ein regelrechter Dienstvertrag, also eine Beschäftigung gegen Entgelt vor, bei der die Versicherungspflicht außer Zweifel stände. Man könnte vielleicht sogar meinen, daß eine Verbindung zweier Verträge vorliege und daß das von der Hebamme für die Dienste zu gewährende Entgelt gegen die später an sie selbst zu zahlenden Entbindungs- und Wartungskosten aufgerechnet werde. Diese Konstruktion würde aber der Absicht der Parteien nicht gerecht werden, die offenbar auf ein einheitliches Rechtsgeschäft gerichtet ist. Vor allem aber ist bei der versicherungsrechtlichen Prüfung eines Beschäftigungsverhältnisses auf den wirtschaftlichen Inhalt des Geschäfts zu achten (Anltg. Ziff. 22). Den wesentlichen Inhalt des Geschäfts bildet die Verpflichtung der Hebamme zur Entbindung und Wartung der Wöchnerin. Der darauf abzielende Vertrag ist innerhalb des Erwerbsgeschäfts der Hebamme abgeschlossen als eins der in ihrem Geschäftskreise üblichen Geschäfte. Das hier in Betracht kommende Vertragsverhältnis unterscheidet sich von diesen nur durch die besondere Art, wie die Schwangere ihrer wirtschaftlichen Verhältnisse wegen die Hebamme für ihre Mühewaltung entlohnt: da ihr Geldmittel hierfür nicht zu Gebote stehen, so bezahlt sie mit dem einzigen ihr zur Verfügung stehenden Zahlungsmittel: ihrer Arbeitsleistung. Es handelt sich also bei ihr um keine auf Erwerb gerichtete Tätigkeit. Auch die Aufnahme in die häusliche Gemeinschaft und die Gewährung des freien Unterhalts haben bei dieser allein dem Willen der Parteien entsprechenden Auffassung mehr den Charakter von Nebenleistungen, welche die Erfüllung der Hauptleistung (Entbindung und Pflege) ermöglichen und begleiten; sie vermögen demnach die Annahme der Versicherungspflicht allein nicht zu rechtfertigen.

Dieses Ergebnis entspricht auch durchaus der Billigkeit. Es wäre unbillig, mit den Kosten der Wochenhilfe eine Krankenkasse zu belasten, in deren Bezirk sich eine Schwangere in Erwartung ihrer Niederkunft ausschließlich zur Bewirkung ihrer Entbindung begeben hat, auch wenn man berücksichtigt, daß sie nach § 197 RVO. von den Krankenkassen, denen die Schwangere früher angehört hat, Ersatz eines Teiles ihrer Aufwendungen verlangen kann. Und andererseits birgt dieses Ergebnis keine Härte für die Wöchnerin in sich. Denn wenn sie bis zum Eintritt der Schwangerschaft schon Kassenangehörige gewesen ist, so bleibt ihr die Möglichkeit, bei ihrer früheren Kasse ihre Mitgliedschaft fortzusetzen und der Wochenhilfe teilhaftig zu werden (§ 313 RVO.). Ist sie aber vorher nicht Kassenangehörige gewesen und gehört sie also nicht zu dem Kreise der Personen, die auch sonst nach der RVO. versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind, so würde ihr ja auch die kurze Spanne Zeit der Versicherung während ihres Beschäftigungsverhältnisses bei der Hebamme nichts dazu nützen, die Anwartschaft auf die Leistungen der Krankenkasse im Falle der Niederkunft zu erwerben, da durch die §§ 195, 198 RVO. die Gewährung der Wochenhilfe in jedem Falle von einer vorherigen sechsmonatlichen Versicherung abhängig gemacht ist. Dazu käme, daß die somit nutzlos gezahlten Beiträge für ein Beschäftigungsverhältnis geleistet würden, das an sich schon eine Art privater Versicherung für den zu erwartenden Versicherungsfall darstellt. Gerade der § 195 RVO. unterstützt die Forderung, dieses ausschließlich mit Rücksicht auf den Versicherungsfall eingegangene Beschäftigungsverhältnis versicherungsfrei zu lassen.

Dr. Astfalck, Berlin-Wilmersdorf.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Ueber die freiwillige Weiterversicherung der zum Militärdienst einberufenen Krankenkassenmitglieder

hat das Versicherungsamt der Stadt Breslau sich in einer Bekanntmachung vom 23. August 1914 folgendermaßen geäußert: Infolge des Krieges sind zahlreiche Krankenkassenmitglieder (Arbeiter, Gesellen, Gehilfen, Handlungsgehilfen und andere Angestellte) zum Militärdienste einberufen worden oder sehen ihrer Einberufung entgegen. Sie alle scheiden aus der krankenversicherungspflichtigen Beschäftigung aus und verlieren so die Pflichtmitgliedschaft bei ihrer Krankenkasse. Von größter Bedeutung ist es, daß alle diese Personen oder, wenn sie nicht mehr daheim sind, erwachsene Familienangehörige von ihnen der Krankenkasse mündlich oder schriftlich anzeigen, daß die Versicherung freiwillig fortgesetzt werde. Die Anzeige muß binnen drei Wochen nach dem Ausscheiden des zum Militärdienst Einberufenen aus seiner bürgerlichen Beschäftigung erfolgen. Oft wird es sich empfehlen, der Krankenkasse in der Anzeige mitzuteilen, daß die Versicherung in der untersten Lohnklasse fortgesetzt werde, weil dann die Beiträge

Digitized by Google

gering (bei der allgemeinen Ortskrankenkasse zum Beispiel wöchentlich 15 Pfennige) sind. Wird die Versicherung freiwillig fortgesetzt, dann erhalten die zum Militärdienst Einberufenen und ihre Angehörigen auch die Kassenleistungen, also Krankengeld bei Verwundungen und sonstigen Erkrankungen des Einberufenen und Sterbegeld bei seinem Tode im Felde. Manche Krankenkassen gewähren ferner Familienhilfe, insbesondere ärztliche Behandlung und Arznei für die Familienmitglieder. Natürlich sind Krankengeld und Sterbegeld bei der Versicherung in der untersten Lohnklasse entsprechend den Beiträgen nicht hoch, während Familienhilfe, soweit sie in ärztlicher Behandlung und Arznei besteht, durch die Lohnklasse nicht beeinflußt wird. Gleichwohl handelt es sich um Leistungen, die unseren Einberufenen und ihren Familien-Angehörigen die Not sehr zu lindern vermögen. Namentlich die Familienhilfe wird äußerst segensreich wirken. Verhältnismäßig kleine Kassenbeiträge können hier außerordentlich Gutes für unsere Einberufenen und ihre Familienmitglieder schaffen.

Darum versäume es kein Einberufener und, sollte er nicht mehr daheim sein, keine Soldatenfrau, die Anzeige an die Krankenkasse, daß die Mitgliedschaft des Einberufenen (in der untersten Lohnklasse oder in einer anderen) fortgesetzt werde, umgehend zu erstatten!

Für die Arbeitgeber der Einberufenen bietet sich hier ein wichtiges Feld sozialer und gleichzeitig patriotischer Betätigung. Gar mancher Einberufene und manche Ehefrau ist nicht imstande, auch nur die geringen Beiträge der untersten Lohnklasse an die Krankenkasse zu entrichten. Schon in vielen Städten haben sich daher opferfreudige Arbeitgeber entschlossen, selbst die Beiträge für ihre einberufenen Arbeiter und Angestellten an die Krankenkasse zu zahlen. Auch die Stadtgemeinde Breslau hat als Arbeitgeberin eines Heeres von Arbeitern und Angestellten diesen Schritt getan. Möchten auch in Breslau wie in den anderen Städten zahlreiche Arbeitgeber trotz ihrer eigenen gewiß oft schweren Lage bereit sein, ihren zum Militärdienst einberufenen Arbeitern und Angestellten und deren Angehörigen die Leistungen der Krankenkasse durch Zahlung der Beiträge zu erhalten! Jeder Arbeitgeber, der so handelt, darf das Bewußtsein haben, dem Vaterlande einen wichtigen Dienst zu leisten.

Maßnahmen der Berufsgenossenschaften aus Anlaß des Krieges.

In einer vom Reichsversicherungsamt einberufenen Besprechung von Vertretern aller Berufsgenossenschaften, die in Berlin Verwaltungsstellen haben, hat man sich über folgende Punkte verständigt:

1. Auf eine möglichst schleunige Erledigung anhängiger Rekurssachen ist hinzuwirken. Zu diesem Zwecke werden die Genossenschaften, soweit aus den Handakten die Sachlage übersehen werden kann, gegebenenfalls das Rechtsmittel zurücknehmen oder den Anspruch des Verletzten unter Zubilligung etwaiger Kostenansprüche anerkennen, es sei denn, daß überwiegende Interessen der Genossenschaften entgegenstehen.

2. Die Herabsetzung und Aufhebung von Renten ist, abgesehen von besonderen Einzelfällen, auf die Dauer von zunächst drei Monaten zu unterlassen.

3. Einspruchsbescheide über die Herabsetzung oder Aufhebung von Renten sind mit der Erklärung zurückzunehmen, daß die Genossenschaft sich vorbehält, ihre Rechte aus der bisher eingetretenen Veränderung der Verhältnisse zu geeigneter Zeit geltend zu machen.

4. Von Kapitalabfindungen an Verletzte ist bis auf weiteres abzusehen.

5. Sofern es satzungsgemäß zulässig ist, sind Lücken in der Besetzung der Entschädigungskommissionen sofort durch Neuwahlen auszufüllen. Versagt dieser Weg, so ist unverzüglich dem RVA. zu berichten.

6. Die Zahlung von Verletztenrenten der im Felde stehenden Rentenempfänger zu Händen der Angehörigen ist nach Möglichkeit zu erleichtern. Zu diesem Zweck werden sich die Genossenschaften mit einer möglichst vereinfachten Form der Lebensbescheinigung und Auszahlungsbevollmächtigung der Post gegenüber einverstanden erklären.

7. Kataster-, Beitrags- und ähnliche Streitigkeiten sollen bis auf weiteres nach Möglichkeit ruhen.

8. Die Ueberwachung der Durchführung der Unfallverhütungsvorschriften ist tunlichst aufrechtzuhalten. Denn dabei handelt es sich um den Schutz von Leben und Gesundheit der Arbeiter. Außerdem ist mit der Beschäftigung einer großen Anzahl nicht eingearbeiteter Personen zu rechnen.

9. Die bisher verhängten Strafen sind, von Ausnahmefällen abgesehen, niederzuschlagen. Auch ist die Befugnis, neue Strafen zu verhängen, nachsichtig auszuüben.

10. Die Fürsorge für die Angehörigen der durch den Krieg dienstbehinderten genossenschaftlichen Angestellten ist, soweit dies nicht bereits geschehen ist, möglichst wohlwollend zu regeln. Von der Ausübung des Kündigungsrechts ist bei diesen Angestellten abzusehen.

Das Reichsversicherungsamt hat, nach einem Rundschreiben v. 10. August 1914, gegen diese Maßnahmen im Aufsichtswege nichts zu erinnern.

Zur Rechtslage der Angestellten während des Krieges.

1. Ueber die Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen der Kriegszustand die fristlose Entlassung von Angestellten rechtfertige, hat sich der Verband deutscher Handlungsgehilfen an eine Anzahl Leipziger Rechtsgelehrte und Reichsgerichtsräte gewandt und von diesen übereinstimmend die Antwort erhalten, daß höhere Gewalt für die jetzt erfolgenden Betriebsschließungen nicht anzuwenden sei, und daß auch ein wichtiger Grund zur Entlassung der Angestellten nicht durchaus gegeben, sondern nur in ganz seltenen Einzelfällen vorhanden sei. So schreibt Geheimrat Professor Dr. Wach:

> „Sie haben recht, daß der Kriegsausbruch schlechthin nicht „höhere Gewalt" für die Frage der sofortigen, kündigungslosen Lösung des Dienstverhältnisses darstellt. Wohl aber können die mit ihm verbundenen Umstände einen „wichtigen", für die Lösung ausreichenden Grund im Sinne des Bürgerlichen Gesetzbuches § 626 ergeben."

Reichsgerichtsrat Dr. Neukamp schreibt dazu, daß für den Ausbruch des Krieges die höhere Gewalt überhaupt nicht anzuwenden sei, es sei allein danach zu forschen, ob ein wichtiger Grund zur Lösung des Dienstverhältnisses vorläge.

Digitized by Google

„Vielmehr können nur ganz besonders geartete Gründe dem Prinzipal das Recht geben, auch im Falle eines Krieges von der im § 70 des Handelsgesetzbuches ihm zustehenden Befugnis Gebrauch zu machen. Die bloße Tatsache, daß der Prinzipal gezwungen ist, infolge des Krieges das Geschäft einzuschränken, kann allein ihm nicht das Recht geben, den Gehilfen ohne Innehaltung einer Kündigungsfrist zu entlassen."

Reichsgerichtsrat Dr. Neukamp erwähnt dann eine ganze Anzahl von Reichsgerichtsentscheidungen im gleichen Sinne, und er schließt dann mit den Worten:

„Es wird also alles auf die Lage des einzelnen Falles ankommen. Wenn zum Beispiel der Inhaber eines Geschäfts, der dieses selbst leiten muß, zu den Fahnen einberufen wird, und infolgedessen und weil er einen geeigneten Ersatz für sich selbst nicht finden kann, gezwungen ist, das Geschäft zu schließen, so wird man in diesen Umständen auch einen wichtigen Grund zur sofortigen Entlassung der Angestellten erblicken können. Schränkt dagegen ein Prinzipal lediglich seinen Geschäftsbetrieb ein, weil das Geschäft infolge des Krieges weniger ertragreich ist, oder tut er dies, um aus sonstigen, durch die Kriegsverhältnisse hervorgerufenen Gründen Ersparnisse zu machen, so wird man in diesen Umständen einen wichtigen Grund zur sofortigen Entlassung nicht finden können."

Professor Dr. Stein-Leipzig schreibt ebenfalls, daß bei der Entlassung von Angestellten die höhere Gewalt keine unmittelbare Rolle spiele. Entscheidend sei die Frage, ob ein wichtiger Grund vorliege.

„Dahin gehören die Verkehrseinschränkungen, der Mangel an Rohstoffen u. dgl., wenn sie nicht bloß vorübergehender Art sind. Man wird also jetzt unterscheiden müssen: Wer auf Rohstoffe aus dem Auslande angewiesen ist, muß seinen Betrieb für die Dauer des Krieges einstellen, also auf eine nicht bloß vorübergehende Zeit. Wer dagegen Rohstoffe aus dem Inland bezieht, kann nicht rechnen, daß die jetzige Störung eine bloß zeitweilige ist. Ergebnis: Die Entscheidung kann nur von Fall zu Fall unter Berücksichtigung der besonderen Lage des Prinzipals getroffen werden. Ein unbedingtes Recht, des Krieges wegen seine Leute zu entlassen, hat der Prinzipal nicht."

2. Zur Frage der Beitragspflicht zur Angestelltenversicherung hat sich das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt wie folgt geäußert:

„Für die zur Wehrpflicht einberufenen und für die kriegsfreiwilligen Angestellten, bei denen eine Fortzahlung des Gehalts seitens der Arbeitgeber nicht erfolgt, sind keine weiteren Beiträge für die Angestelltenversicherung zu leisten.

Die Anwartschaft auf die Leistungen aus der Versicherung bleibt den Angestellten während des Dienstes im Heere und einer eventuellen Krankheit oder Verwundung erhalten.

Nach einem Beschluß des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte müssen für diejenigen Angestellten, die ihr Gehalt während des Militärdienstes in früherer Höhe fortgezahlt erhalten, oder einen Teil dieses Gehaltes weiter beziehen, die Versicherungsbeiträge geleistet werden. Die von den Arbeitgebern an die Ehefrauen oder sonstigen Familienangehörigen gewährten Unterstützungen an Stelle des Gehalts werden als Gehalt angesehen und verpflichten zur Beitragsleistung. Bei Gewährung von Teilbeträgen sind gelegentlich der nächsten Beitragszahlung die Veränderungen in den bisher verwendeten Uebersichtsformularen zu vermerken. Die zu entrichtenden Beiträge ermäßigen sich gemäß der niedrigeren Gehaltsklasse, in die die Angestellten infolge der Lohnreduktion eintreten.

Das letztere gilt auch für diejenigen noch in Stellung befindlichen Angestellten, die auf Grund des Abschlusses eines neuen Dienstvertrages oder sonstiger Vereinbarungen ein niedrigeres Gehalt als bisher beziehen und damit in eine niedrigere Gehaltsklasse gelangen. Auch hier sind bei der der Veränderung folgenden Beitragszahlung in den Uebersichtsformularen die Namen der Angestellten mit den neuen Gehaltsklassen zu verzeichnen. Ein Versicherter, welcher aus obigen Gründen neuerdings ein geringeres Entgelt empfängt, kann jedoch auch in seiner bisherigen Gehaltsklasse verbleiben, falls er vorher mindestens sechs Beitragsmonate in der bisherigen Gehaltsklasse zurückgelegt hatte. Der Arbeitgeber ist in diesem Falle nur dann zum höheren Beitrag verpflichtet, wenn dies mit dem Angestellten ausdrücklich vereinbart worden ist; sonst muß die Differenz der Angestellte zahlen."

Verwendung von Mitteln aus der Angestelltenversicherung.

Von zuständiger Stelle schreibt man uns: „In der „Köln. Zeitung" Nr. 750 vom 30. Juni 1914 wird unter der oben angegebenen Ueberschrift mitgeteilt, die Reichsversicherungsanstalt habe über 1 Million Mark Darlehen den Kreisen Biedenkopf und Dillenburg zur Ausdehnung der Elektrizitätsversorgung als Darlehn gegen 2½ % Verzinsung bewilligt. Diese Nachricht klingt von vornherein so unwahrscheinlich, daß es Wunder nehmen muß, wie die Redaktion einer so bedeutenden Zeitung sie ohne Nachprüfung aufnehmen konnte, zumal sie sich über die beunruhigende Wirkung schwerlich im Unklaren sein konnte. Wie sollte die Reichsversicherungsanstalt dazu kommen, in ihren Kapitalanlagen derart vom allgemeinen Zinsfuße abzuweichen, zumal für Unternehmungen, deren Förderung in keiner Beziehung zu den Aufgaben der Angestelltenversicherung steht! In der Tat hat sich die Reichsversicherungsanstalt bisher im Interesse der Versicherten auch derartige Anlagen wie ihre sonstigen Darlehen zu 4¼—4½ %, ja unter Umständen noch höher verzinsen lassen."

Zwangskrankenkassen und Ersatzkassen.

Nach der neuen Reichsversicherungsordnung können die sog. Zwangskrankenkassen (Orts-, Betriebs-, Innungs- und Landkrankenkassen) durch Anordnung des Bundesrats gezwungen werden, vier Fünftel der Arbeitgeberbeiträge für Versicherte, die einer Ersatzkasse (früher Hilfskasse genannt) angehören, an diese letztere abzuführen. Der Reichskanzler hat nunmehr eine Bekanntmachung über das Verfahren dabei erlassen. Jedoch ist bis jetzt noch keiner Ersatzkasse diese Zuwendung zugesprochen worden. Die Zwangskassen wenden sich auch mit Nachdruck hiergegen, indem sie folgendes geltend machen: Die Mitglieder von Ersatzkassen verursachten bei den Zwangskrankenkassen mancherlei Verwaltungsarbeit, die durch das der Kasse verbleibende Fünftel von dem Beitragsteile des Arbeitgebers bei weitem

Digitized by Google

nicht abgegolten werde. Die Ersatzkassen suchten mit allen Mitteln, schlechte Risiken tunlichst auszuscheiden und fernzuhalten, die dann den Zwangskrankenkassen angehören müßten. Eine gedeihliche Fürsorge in den Zwangskrankenkassen sei nur möglich, wenn ihnen die höhergelohnten Arbeiter und Angestellten nicht entzogen würden, wie es die Ersatzkassen täten. Nach den Erfahrungen deckten die mindergelohnten Arbeiter nicht einmal die Selbstkosten der Krankenversicherung. Im Interesse des Gesamtwohls liege es aber, daß gerade den mindergelohnten Arbeitern usw. eine ausgedehnte Krankheitsfürsorge gewährleistet werde, und dies sei nur möglich, wenn sie mit den höhergelohnten Arbeitern und Angestellten in den Zwangskrankenkassen vereinigt seien.

Geschäftsbericht des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte.

Seit dem 1. Januar 1913 ist das Versicherungsgesetz für Angestellte voll in Kraft gesetzt. Die Reichsversicherungsanstalt war zur Durchführung der erforderlichen Vorarbeiten schon am 22. März 1912 errichtet. Jetzt liegt ihr erster Geschäftsbericht für das Jahr 1913 vor. Er gibt einen interessanten Ueberblick über die mannigfaltige, weitreichende Wirksamkeit der neuen Behörde, ihre Organisation, ihren Dienstbetrieb, über Spruchbehörden der Angestelltenversicherung und über das Vermögen der Reichsversicherungsanstalt. Die Bilanz für den Jahresschluß ergibt ein Vermögen von über 137 Mill. M., wovon 31 706 164,45 M. in Wertpapieren, 56 322 061,67 Mark in Darlehen an Gemeinden und Gemeindeverbände, 30 908 484,70 M. in Hypotheken und 3 481 448,45 M. gemäß § 225 des Gesetzes in Grundbesitz für Verwaltungszwecke angelegt sind. Die diesem Vermögen gegenüberstehenden Verpflichtungen bestehen im wesentlichen in Rücklagen, darunter: für Ansprüche auf Ruhegeld und Renten 122 954 040 M., für Heilverfahren 9 787 539 M., für Verwaltungskosten 3 064 998 Mark. Ausgegeben sind im Jahre 1913 u. a.: für Witwen- und Waisenrenten 213,77 M. (!), für Heilverfahren 11 330 260,26 M., für Verwaltungs- und sonstige Unkosten 2 927 877,95 Mark. Als Kursverlust ist der stattliche Betrag von 358 594,40 M. in Ausgabe gestellt.

Der Geschäftsbericht ist in einem Sonderdruck der Reichsdruckerei ausgegeben und in Nr. 7 des 2. Jahrg. (Juli 1914) der „Angestelltenversicherung", Amtl. Nachr. der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte (Berlin, Verlag von Julius Springer) veröffentlicht.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und recht deutlich zu schreiben.

Zur Rechtslage der zum Kriege einberufenen Mitglieder eines Krankenversicherungsvereins a. G.

1. Nach Hannover. Antwort: a) Da nach der Satzung Ihrer Kranken-Unterstützungs- und Sterbekasse a. G. im Falle der Austrittserklärung eines Mitgliedes das Ausscheiden erst mit Ablauf des nach der Kündigung folgenden Monats eintritt, und da irgend eine Ausnahme von diesem Grundsatze nicht vorgesehen ist, so ist er auch gegenüber denjenigen Mitgliedern zur Geltung zu bringen, die sich wegen ihrer Einberufung zum Kriegsdienst abgemeldet haben.

b) Das bezieht sich aber nur auf das Ausscheiden durch Willenserklärung. Stirbt ein Mitglied, das sich nicht abgemeldet hat, so scheidet es selbstverständlich mit seinem Tode sofort aus. Hiernach und nach § 8 Abs. 2 der Satzung bestimmt sich der Betrag der rückständigen Beiträge. Sind die Beiträge für ein Mitglied länger als drei Monate rückständig, so kann die Kasse von dem Rechte der Ausschließung nach § 5a der Satzung Gebrauch machen. Gegenüber den im Felde stehenden Mitgliedern wird sich selbstverständlich eine nachsichtige Handhabung dieser Bestimmung empfehlen; namentlich wird, wenn er nahe Angehörige im Inlande hat, die Ausschließung nur zu verhängen sein, wenn diese auf eine Zahlungsaufforderung des Vorstandes die Berichtigung der Beiträge ablehnen. Wenn die Kasse in der Lage ist, sich wegen der Rückstände nach § 12 Abs. 5 der Satzung durch Abzug von der Unterstützung zu befriedigen, halten wir die Ausschließung überhaupt für unzulässig.

c) Der Anspruch auf Krankenunterstützung und Sterbegeld ist, beim Mangel einer besonderen Satzungsbestimmung für diesen Fall, auch bei Verwundung und Tod im Kriege begründet. (Zu vergl. Heft 25 S. 605 Ziff. 1).

Aufrechterhaltung der hausgewerblichen Krankenversicherung während des Krieges.

2. Nach C. Antwort: Der einseitige Antrag der Kasse beim Oberversicherungsamt genügt nicht, um die hausgewerbliche Krankenversicherung nach den besonderen Vorschriften der RVO. aufrecht zu erhalten, sondern es ist auch ein Antrag der Gemeinde und ortsstatutarische Regelung erforderlich. Dies ergibt sich aus dem Wortlaut des § 3 Abs. 2 des Ges. v. 4. Aug. 1914 (hier Heft 24 S. 569) und aus den Ausführungen von Hahn (das. S. 571, 572).

Digitized by Google

Kann der Kassenarzt, der Pauschalvergütung erhält, für Behandlung im Krankenhause besonders liquidieren.

3. Nach G. Antwort: Wenn ein Kassenarzt, der für die Behandlung von Versicherten vertragsmäßig nur eine Pauschalvergütung erhält, einen Versicherten im Krankenhause behandelt, so kann er hierfür, beim Mangel eines besonderen Vorbehalts im Vertrage, jedenfalls von der Kasse keine besondere Vergütung beanspruchen. In Frage kann nur kommen ein Anspruch des Arztes gegen die Krankenhausverwaltung und ferner ein Anspruch dieser gegen die Kasse. Ob der letztere Anspruch begründet ist, richtet sich nach dem für das Krankenhaus geltenden allgemeinen Reglement oder nach den mit der Kasse getroffenen besonderen Abmachungen; insbesondere ist danach zu beurteilen: ob und unter welchen Voraussetzungen die Kasse neben den festen Pflegesätzen noch besondere Kosten für ärztliche Behandlung, namentlich etwa für größere Operationen, zu bezahlen hat. Für einen unmittelbaren Anspruch des Arztes gegen die Kasse aber fehlt es insoweit an jedem Rechtsgrunde.

Anspruch des Versicherten gegen die Kasse auf Ersatz selbstbeschaffter Krankenhauspflege.

4. Nach Marburg. Antwort: Die Kasse ist unter gewissen Voraussetzungen berechtigt, an Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes Krankenhauspflege zu gewähren (§ 184 RVO.), d. h. die Kasse hat das Wahlrecht zwischen der einen und der anderen Art der Leistung. Einen Anspruch auf Gewährung der Krankenhauspflege hat der Versicherte nicht. Ist er ohne Einweisung durch die Kasse in ein Krankenhaus aufgenommen, so kann er nicht Ersatz der Kosten der Krankenhauspflege, sondern nur das Krankengeld und Ersatz der nachzuweisenden Kosten für ärztliche Behandlung und Heilmittel fordern. Auch das Vorliegen eines dringenden Falles kann nicht den Anspruch auf Ersatz der vollen Kosten der Krankenhauspflege begründen, sondern nur da, wo sich die Kasse für diese Art der Leistung entschlossen hat, die Umgehung des von ihr bestimmten Krankenhauses rechtfertigen (zu vgl. § 371 RVO.; Arb.-Vers. 1906 S. 537). Im vorliegenden Falle ist die Versicherte nicht von der Kasse ins Krankenhaus eingewiesen worden, sondern hat es aus eigener Entschließung aufgesucht. Ihrer Schwester gegenüber hat dann die Kasse auf das Gesuch „um Gewährung einer Krankenhauspflege an Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes schriftlich erklärt, daß sie bereit sei, „dieselben Pflegesätze, wie in hiesiger Klinik zu zahlen, sowie Heilmittel in Höhe von 30 Mark." Nun hat allerdings das preuß. OVG. eine Einweisung ins Krankenhaus mit beschränkter Kostenübernahme für unzulässig erklärt (Arb.-Vers. 1913 S. 732). Im vorliegenden Fall aber handelt es sich nicht um solche Einweisung, sondern um ein Anerbieten der Kasse, betreffend teilweisen Ersatz der Kosten einer Krankenhauspflege, welche die Versicherte sich selbst verschafft hat. Erachtet sie dies Anerbieten nicht für annehmbar, so kann sie, wie ausgeführt, nur Krankengeld und die wirklichen Behandlungskosten fordern; nicht aber kann sie, weil die Kasse ihr beschränkten Ersatz der Krankenhauskosten angeboten hat, die Beschränkung einfach als nicht beigefügt behandeln und vollen Ersatz dieser Kosten verlangen. Ganz unbegründet ist auch der weitere Anspruch, daß die Kasse die Kosten der Pflege durch eine Schwester trage. Solche Pflegekosten gehören nicht zur ärztlichen Behandlung oder zu einer anderen Leistung, die der Kasse obliegt (Hahn, Anm. 4 b zu § 182 RVO. S. 213).

Zur Versicherungspflicht der Hausierer.

5. Nach Ki. Antwort: Ob die Hausierer selbständige Wandergewerbtreibende oder Angestellte sind, ist nur auf Grund der mit ihnen getroffenen Vereinbarungen von Fall zu Fall zu entscheiden. Erhalten sie einen festen Lohn, sind sie verpflichtet, bestimmte Gegenden zu bestimmten Zeiten nach Anordnung desjenigen zu besuchen, der ihnen die Waren liefert, so sind sie dessen Angestellte und unterliegen der Krankenversicherungspflicht. (§ 165 Ziff. 3 RVO.) Diese besteht sicherlich in den Fällen in denen die Leute Lohn und Kost erhalten. Für diejenigen Hausierer, die der Unternehmer, der selbst einen Wandergewerbeschein besitzt, mit sich führen will, ist die Landkrankenkasse desjenigen Ortes zuständig, bei dessen Polizeibehörde er selbst den Schein beantragt. Offenbar ist aber in ihrem Falle der Unternehmer nicht selbst ein Wandergewerbtreibender, sondern schickt nur seine Leute allein zum Hausieren aus. Sie ziehen jeweils von ihrem eigenen Wohnort aus, der von dem des Unternehmers in vielen Fällen verschieden ist. Sie sind daher wie sonst Handlungsreisende zu versichern, und die Allgemeine Ortskrankenkasse ihres Wohnortes, der hier als Beschäftigungsort zu gelten hat, ist für sie zuständig. (Vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 3 b zu § 153 RVO. bezüglich der Außenbeamten der Krankenversicherungsgesellschaften, § 324 RVO.; ferner Hoffmann, KrVers., Vorbem. I Abs. 3 vor § 459 RVO.)

Kassenbeiträge für volle Wochen; Anwendung des § 52 der Mustersatzung f. OKK. in Fällen des § 391 Abs. 1 und des § 383 RVO.

6. Nach Demmin. Antwort: § 52 Ihrer Satzung entspricht dem § 52 der Musterf. f. OKK. und enthält eine nähere Ausgestaltung der durch § 397 Abs. 4 RVO. zugelassenen Bestimmung, daß die Beiträge stets für volle Wochen erhoben und zurückgezahlt werden. Das Reichsversicherungsamt hat angenommen, daß eine solche Bestimmung sich nur auf den Fall des Ausscheidens aus der Kasse beziehe (Arb.-Vers. 31 S. 139). Wir halten dies für unrichtig. Die Gesetzesvorschrift hat nach ihrer Fassung und nach der Entstehungsgeschichte eine allgemeinere Bedeutung und bezieht sich auf alle Fälle, in denen an sich die Beitragspflicht im Laufe der Woche beginnen oder enden würde (Hahn das. S. 140); und wir meinen, daß man in diesem Sinne auch die Vorschrift der Satzung auslegen muß, obgleich sie nur vom Eintritt und vom Austritt im Laufe der Woche spricht. Daher wird sie auch anzuwenden sein, wenn der Arbeitgeber wegen versäumter Abmeldung Beiträge über den Tag der Beendigung des versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses hinaus fortzuzahlen hat (§ 397 Abs. 1 RVO.), so daß, wenn die Abmeldung in der ersten Hälfte der Woche erfolgt, ein Beitrag für diese Woche nicht zu erheben ist, während, wenn die Abmeldung in der zweiten

Digitized by Google

Hälfte erfolgt, der volle Wochenbeitrag erhoben wird. Fällt aber in die hiernach verlängerte Beitragszeit eine Zeit der Beitragsfreiheit wegen Arbeitsunfähigkeit des Versicherten (§ 383), so ist gleichfalls die Satzungsvorschrift entsprechend anzuwenden, nämlich so: Beginnt die Arbeitsunfähigkeit in der ersten Hälfte der Woche, so ist, wie beim Austritt, kein Wochenbeitrag zu erheben; beginnt die Arbeitsunfähigkeit erst in der zweiten Hälfte, so ist der ganze Wochenbeitrag zu entrichten. Endet die Arbeitsunfähigkeit in der ersten Hälfte, so ist ebenfalls ein voller Wochenbeitrag zu zahlen, während beim Aufhören der Arbeitsunfähigkeit in der zweiten Hälfte kein Beitrag für diese Woche zu erheben ist.

Einzahlung der Arbeitgeberbeiträge für unständig Beschäftigte durch den Gemeindeverband.

7. Nach K. Antwort: Die Kreisverwaltung hat für ihren Standpunkt den Wortlaut des § 453 RVO. Danach hat der Gemeindeverband am Schlusse des Vierteljahres den Gesamtbetrag der Beitragsteile für die Arbeitgeber zu zahlen. Ferner wird dort gesagt, daß auf Grund einer eingereichten Rechnung zu zahlen sei. Es soll also offenbar eine einmalige Gesamtabrechnung des Verbandes mit der Kasse stattfinden. Das würde allerdings die Verpflichtung der Kreisverwaltung, an die einzelnen Zahlstellen der Kasse zu zahlen, wie diese es verlangt, ausschließen. Ein Streit hierüber ist nach § 405 Abs. 2 RVO. zu entscheiden. Denn die Leistung des Gemeindeverbandes ist ein Beitrag im eigentlichen Sinne (vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. zu § 453). Eine abweichende Behandlung ist nur insoweit gerechtfertigt, als sie aus dem Gesetz selbst zu folgern ist, wie z. B. eben aus § 453 bezüglich der Einzahlung. Der Kasse bleibt es übrigens unbenommen, über die Kreisverwaltung beim Regierungspräsidenten Beschwerde zu führen.

Ersatzpflicht der Krankenkasse für Krankenhauspflege, die der Armenverband einem Kinde des Versicherten gewährt.

8. OAK. T. & A. Antwort: Da die Kasse nach der Satzung für die Kinder der Mitglieder freie ärztliche Behandlung gewährt, so muß sie auch dem Armenverbande, der die erkrankten Kinder im Krankenhause verpflegt hat, auf Grund der §§ 1531 ff. RVO. zwar nicht die gesamten Kosten der Krankenhauspflege, wohl aber die besonderen, durch die ärztliche Behandlung entstandenen Kosten — die der Armenverband nachzuweisen hat — erstatten; die Kasse kann nicht einwenden, daß ihr besondere Kosten nicht erwachsen sein würden, weil der Kassenarzt für die Behandlung der Angehörigen einen Pauschbetrag erhält (Entsch. des preuß. OVG. bei Reger 33 S. 453).

Kosten im Strafverfahren des Versicherungsamts.

9. Nach Graudenz. Antwort: Wenn das Versicherungsamt auf Grund des § 529 Abs. 3 RVO. im Wege der Beschwerde gegen eine Strafverfügung des Kassenvorstandes angerufen wird, so verfährt und entscheidet es als Strafbehörde nicht anders als in den Fällen, in denen es von vornherein zur Verhängung einer Strafe berufen ist (z. B. § 530). Vorschriften, entsprechend denen der Strafprozeßordnung (§§ 496 ff.), wonach die Entscheidung zugleich einen Ausspruch darüber enthalten muß, wem die Kosten des Verfahrens zur Last fallen, enthält die Reichsversicherungsordnung nicht. Deshalb können die Kosten des Strafverfahrens, also auch die entstandenen Auslagen für Zeugen, nicht einem Beteiligten auferlegt werden, sondern sie sind gemäß § 59 Abs. 1 RVO. vom Staat oder dem Gemeindeverband zu tragen. Abs. 2 ist selbstverständlich nicht anwendbar, weil eine Spruchsache nicht vorliegt. Dagegen ist § 1802 nach seiner allgemeinen Fassung auch im Strafverfahren anwendbar und kann, wenn die tatsächlichen Voraussetzungen dafür vorliegen, es rechtfertigen, je nach Umständen dem Anzeigenden oder dem Angezeigten einen mutwillig verursachten Kostenbetrag aufzuerlegen.

Unterstützungsansprüche des ausgesteuerten Versicherten bei mehreren Krankheitsfällen in den nächsten zwölf Monaten.

10. Nach Lahr. Frage: Wir haben an ein Mitglied bis 7. Juli 1913 insgesamt 26 Wochen Krankenunterstützung bezahlt. Gemäß § 26a KVG. hatte das Mitglied in den nächsten 12 Monaten Krankenhilfe für 13 Wochen zu erhalten, nämlich in der Zeit vom November 1913 bis Februar 1914. Am 26. Juni d. J. wurde das Mitglied durch die Landesversicherungsanstalt in eine Lungenheilanstalt eingewiesen zur Durchführung eines Heilverfahrens. Weil es von Februar 1914 bis zur Einberufung wieder gearbeitet hat, verlangt die Versicherungsanstalt von uns die Abführung des Krankengeldes vom 8. Juli ab, weil an diesem Tage die 12 Monate, von Beendigung der letzten 26 wöchentlichen Unterstützung ab gerechnet, abgelaufen sind. Wir beabsichtigen aber die Zahlung des Krankengeldes abzulehnen, weil der neue Versicherungsfall am 26. Juni, also innerhalb der kritischen 12 Monate noch begonnen hat. § 188 RVO. bestimmt, daß bei einem Versicherungsfall, der im Laufe der nächsten 12 Monate eintritt, die Krankenhilfe auf 13 Wochen beschränkt bleibt. Wenn demnach die 13wöchige Regelleistung schon gewährt ist, und es tritt innerhalb der 12 Monate zum zweiten Mal ein neuer Unterstützungsfall ein, so kann u. E. für diesen kein Anspruch mehr bestehen.

Antwort: Die Versicherungsanstalt will offenbar das alte Recht anwenden. Maßgebend ist aber die Reichsversicherungsordnung, weil der in Frage stehende Krankheitsfall am 26. Juni 1914, also unter der Geltung der Reichsversicherungsordnung eingetreten ist. Dem § 188 RVO. liegt unverkennbar die Absicht zugrunde, die Krankenkassen gegen übermäßige Inanspruchnahme durch chronisch Kranke in weiterem Umfange zu schützen, als es § 26a Ziff. 3 KVG. tat. Darum wurden auch die Worte „bei Eintritt eines neuen Unterstützungsfalles . . im Laufe der nächsten 12 Monate . . ." ersetzt durch die Worte: „in einem neuen Versicherungsfalle, der im Laufe der nächsten 12 Monate eintritt . ." Damit ist klargestellt, daß, falls die Krankheit, nachdem bereits 13 Wochen Krankenhilfe gewährt worden ist, über die 12 Monate hinaus andauert, nach deren Ablauf nicht etwa von neuem ein Unterstützungsanspruch gegeben sei. Nun ist aber auch die neue Fassung unklar. Bei wörtlicher Aus-

Digitized by Google

legung nämlich müßte man annehmen, daß für jeden einzelnen Versicherungsfall, der im Laufe der 12 Monate eintrete, ein Anspruch für 13 Wochen gegeben sei, so daß, falls wie in dem von Ihnen geschilderten Falle, die Krankheit innerhalb der zwölf Monate durch Zeiträume der Gesundheit unterbrochen wird, also mehrere neue Versicherungsfälle eintreten, die Unterstützung für ebensoviel mal 13 Wochen verlangt werden kann. Offenbar soll aber die Gesamtdauer der Unterstützung innerhalb der 12 Monate im ganzen auf 13 Wochen beschränkt sein. Da nun der neue Versicherungsfall noch innerhalb der zwölf Monate, nämlich am 26. Juni d. J., eingetreten ist, und innerhalb dieses Zeitraumes bereits für 13 Wochen Unterstützung gewährt worden ist, so entfällt der Anspruch für den am 26. Juni d. J. eingetretenen Krankheitsfall, und zwar auch für die Zeit nach dem Ablauf der 12 Monate, also nach dem 7. Juli.

Zur Rechtslage der Ersatzkassenmitglieder, die zum Kriegsdienst einberufen sind.

11. **Nach Hannover.** Frage: Der § 29 der Satzung unserer Ersatzkasse lautet: „Während der Ausübung des aktiven Militärdienstes ruhen, vorbehaltlich bereits entstandener Unterstützungsansprüche versicherungspflichtiger Mitglieder, alle Rechte und Pflichten der Mitglieder, treten aber nach beendeter Dienstzeit wieder in Kraft, wenn das betreffende Mitglied sich innerhalb 4 Wochen anmeldet und seine Gesundheit nachweist". Diese Bestimmung dürfte unzweifelhaft auch auf die zur Fahne einberufenen Mitglieder Anwendung finden. Wir werden nun mit Anfragen bestürmt, ob den Angehörigen der im Kriege gefallenen Mitglieder ein Anrecht auf Sterbegeld zusteht und ob das Anrecht auf solches durch Fortzahlung der Beiträge während des Feldzuges aufrecht erhalten werden könne. Zur Information diene noch, daß die Satzung keine Bestimmung vorsieht, laut denen eine Weiterversicherung sich im Kriegsfalle ermöglichen ließe. Wir bitten um Mitteilung Ihrer Ansicht.

Antwort: Die Bestimmung der Satzung ist selbstverständlich auch auf die jetzt zum Kriegsdienst Einberufenen zu beziehen. Ihre Bedeutung ist die, daß die Mitgliedschaft dieser Personen mit ihrer Einberufung erlöschen soll; denn wenn alle Rechte und Pflichten ruhen und erst nach beendeter Dienstzeit — und auch dann nur bedingt — wieder in Kraft treten, so heißt das nichts anderes, als daß in der Zwischenzeit die Mitgliedschaft nicht besteht. Eine solche Bestimmung ist unbedenklich gültig, soweit es sich um Personen handelt, die durch ihre Einziehung aufhören versicherungspflichtig zu sein. Es besteht keine gesetzliche Vorschrift, welche die Ersatzkassen verpflichtete, solchen Personen die Weiterversicherung in entsprechender Weise zu gestatten, wie dies durch § 313 RVO. für die Zwangskassen vorgeschrieben ist. Anders, wenn es sich um Personen handelt, deren versicherungspflichtiges Lohnarbeitsverhältnis trotz der Einberufung aufrecht erhalten wird und die daher versicherungspflichtig bleiben. Ihnen gegenüber halten wir die Bestimmung der Satzung für ungültig. Denn wie solchen Personen der Beitritt nicht versagt werden könnte (§ 505), so dürfen ihnen auch nicht die durch den Beitritt erworbenen Rechte wieder entzogen werden, ja es dürfte ihnen nicht einmal der freiwillige Austritt vor Ablauf des Vierteljahrs gestattet werden (§ 513). Es ist überhaupt für unzulässig zu erachten, daß die Satzung, abgesehen vom Austritt oder Ausschluß, den Verlust der Mitgliedschaft an den Eintritt gewisser Umstände knüpft. So Hahn Anm. zu § 513; dagegen Hoffmann Anm. 2 zu § 513. Das Reichsversicherungsamt schließt sich der letzteren Auffassung an „wesentlich aus praktischen Erwägungen" (vgl. Monatsblätter f. Arb. Versichg. 1914 S. 6), über die man freilich nichts erfährt. Wir meinen aber, daß diese Auffassung aus Rechtsgründen nicht zu halten ist. Sie würde zu einer ganz ungerechtfertigten Begünstigung der Ersatzkassen gegenüber den Zwangskassen führen.

Fortzahlung der Beiträge für einen nicht abgemeldeten erkrankten Arbeiter vom Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit an.

12. **Nach Gr.** Antwort: Hat der Arbeitgeber es unterlassen, den arbeitsunfähig erkrankten Arbeiter abzumelden, so muß er von dessen Arbeitsfähigkeit an wieder Beiträge zahlen. Er kann dies nicht verweigern mit der Begründung, er habe von dem Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit nichts gewußt. Seine Sache ist es allerdings, sich darum zu kümmern. Hat er aber daran kein Interesse mehr, weil das Beschäftigungsverhältnis aufgelöst ist, so muß er eben den Arbeiter abmelden.

Krankenhauspflege ist keine „Mehrleistung".

13. **Nach Berlin.** Antwort: Gegenstand der Versicherung sind nach § 179 Abs. 3 RVO. auch die durch die Satzung bestimmten vom Gesetze zugelassenen Mehrleistungen, d. h. solche Leistungen, welche die Kassen überhaupt nur gewähren dürfen, sofern sie sie nach freiem Ermessen in die Satzung aufgenommen haben. Das trifft nicht zu auf die Krankenhauspflege nach § 184. Diese ist eine unmittelbar kraft Gesetzes der regelmäßigen Krankenhilfe (§ 182) gleichgestellte Leistung. Die Kasse „kann" sie, auch wenn die Satzung darüber nichts bestimmt, unter gewissen Voraussetzungen „an Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes" gewähren, und in gewissen Fällen „soll" sie dies sogar tun. Daß die Kasse grundsätzlich die Wahl hat, ändert nichts daran, daß sie, wenn sie sich für Krankenhauspflege entscheidet, nur die gesetzlich gebotene Krankenhilfe, also die Regelleistung, in einer gesetzlich zugelassenen besonderen Gestalt gewährt (vgl. auch Hoffmann, Anm. 6 zu § 179). Es ist daher eine Ungenauigkeit, wenn die Mustersatzungen bei den Regelleistungen an Krankenhilfe nur die §§ 182, 183 und nicht auch die §§ 184, 186 anziehen. Der § 429 kann nicht für die gegenteilige Ansicht verwertet werden. Die erweiterte Krankenpflege nämlich ist eine Anstaltsbehandlung, die gewisse Versicherte sich, auch wenn die Voraussetzungen des § 184 nicht vorliegen, als Ersatz für die regelmäßige Krankenhilfe gefallen lassen müssen; deshalb könnte hier die Meinung aufkommen, daß sie eine Minderleistung — nicht eine Mehrleistung! — sei. Dem will § 429 Satz 2 entgegentreten (vgl. Hahn zu § 429). Niemals kann daraus gefolgert werden, daß die Krankenhauspflege nach § 184 vom Gesetz als eine Mehrleistung angesehen werde.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel
Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Dippe; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe; Geh. Regierungsrat Professor Dr. Laß, Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Rat Dr. Olshausen; Geheimrat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1077 der ganzen Folge

21. Jahrgang | 21. September 1914 | Heft 27

Können die Beiträge für freiwillige Krankenkassenmitglieder (insbesondere Kriegsteilnehmer) gestundet werden?

Von **Friedr. Kleeis** in **Halle a. S.**

Bei Ausbruch des Krieges wurden von den Tageszeitungen die zur Fahne Einberufenen aufgefordert, bei Ausscheiden aus ihrer krankenversicherungspflichtigen Beschäftigung die Mitgliedschaft bei den zuständigen Krankenkassen entsprechend dem § 313 der RVO. freiwillig fortzusetzen. Einige Kassen erließen auch selbst Aufforderungen in diesem Sinne. Diesen Anregungen ist auch vielfach entsprochen worden, insbesondere nachdem bekannt wurde, daß auch für Unterstützungsfälle, die vom Militärdienst herrühren, die Kassenleistung nicht versagt werden kann.

So anerkennenswert auch diese den Einberufenen erwiesene Aufmerksamkeit ist, so ist diesen damit doch nur halb gedient. Was nutzt die schönste formgerechte Meldung, wenn hinterher den im Felde Stehenden und seinen Daheimgebliebenen die Mittel fehlen, um die nötigen Beiträge fristgerecht bezahlen zu können? Bei den doch immerhin sehr bescheidenen Unterstützungen, die die Familien der Kriegsteilnehmer erhalten, spielen Beträge von durchschnittlich 80 Pf. bis 1 Mk. pro Woche, die doch für die Weiterversicherung aufgewendet werden müssen, immerhin eine Rolle. Nach § 314 RVO. erlischt die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter bekanntlich, wenn sie zweimal nacheinander am Zahltage die Beiträge nicht entrichtet und seit dem ersten dieser Tage mindestens vier Wochen vergangen sind. Die Satzung kann zwar die Frist bis zum nächstfolgenden, also bis zum dritten Zahltage verlängern, doch ist eine solche Satzungsänderung nicht so schnell durchgeführt und dann würde sie die Schwierigkeiten auch nicht lösen.

Aber auch hier hat der soziale Sinn der Kassenverwaltungen versucht, diesen Weiterversicherern entgegenzukommen. Eine Anzahl derselben hat bekanntgegeben, daß sie bereit sind, auf schriftlichen Antrag die Bezahlung der Beiträge auf eine bestimmte Zeit zu stunden und wenn nötig und angängig, die Beiträge von der nächsten Bar-Unterstützung zu kürzen. Diese Bereitwilligkeit, an ihrem Teil über die Nöte hinwegzuhelfen, ehrt jedenfalls die Kassenvorstände sehr. Eine andere Frage aber ist die, *ob die rechtliche Möglichkeit zu einer solchen Maßnahme besteht.*

Ich habe bei einer Anzahl großer und führender Kassen eine Umfrage nach ihrer Ansicht über diese Angelegenheit vorgenommen. Etwa die Hälfte der Gefragten hält eine Stundung für unzulässig, die andere Hälfte dagegen für angängig. So schreibt die Allgemeine Ortskrankenkasse der Stadt Berlin, daß ihrer Ansicht nach weder der Vorstand noch der Ausschuß das Recht hat, Beiträge zu stunden. Die Mitgliedschaft erlösche nach dem Gesetz automatisch, wenn Beiträge nicht

Digitized by Google

gezahlt werden. Die Allgemeine Ortskrankenkasse München teilt mit, daß nach ihrer Anschauung eine Stundung der freiwilligen Beiträge mit der Wirkung, daß der Ausschluß hinausgeschoben oder aufgehoben würde, rechtlich nicht angezeigt erscheint, da § 314 Abs. 1 RVO. eine zwingende Bestimmung ist. Diese Auffassung habe die Kasse den Versicherten wie den Behörden gegenüber vertreten. In diesem Sinne äußern sich noch eine Anzahl anderer Kassen.

Diese Ansicht ist nach meiner Meinung auch die richtige, so nachteilig sie auch für die hier in Frage kommenden Versicherten sein mag. Recht muß aber Recht bleiben — steht oftmals geschrieben. Der § 314 Abs. 1 sagt kategorisch: Die Mitgliedschaft erlischt, wenn die Beiträge nicht entrichtet werden. Die Kassenverwaltung kann nicht nach Belieben eine andere Handhabung eintreten lassen. Das hat auch der Badische Verwaltungsgerichtshof in einer Entscheidung vom 8. Oktober 1907 (Arb.Vers. 1908 S. 259) zum Ausdruck gebracht. Für die regelrechte Praxis ist auch diese Einrichtung nur vorteilhaft. Es würde sonst eine große Unsicherheit in der Durchführung der Bestimmung eintreten und die Reibefläche zwischen Kassenverwaltung und Versicherten vergrößert werden.

Eine der großen Kassen, die eine Stundung der Beiträge für zulässig hält, meint, auch das Reichsversicherungsamt vertrete diese Ansicht. Dieses habe in einem Bescheide vom 2. Juli 1913 (Amtl. Nachr. 1913, S. 641, Ziff. 2655) wenigstens bezüglich der Umlagebeiträge von Berufsgenossenschaften ausgesprochen, daß bei Notständen (z. B. Hochwasserschäden) die Beiträge den davon betroffenen Mitgliedern auf angemessene Zeit gestundet werden können. Ein solcher Notstand — so sagt die Kasse — ist zweifellos auch der Krieg und was für die Umlagebeiträge der Berufsgenossenschaften gilt, muß auch für die Beiträge der Krankenkassen gelten.

Wenn zwei dasselbe tun, ist es nicht immer dasselbe. Wenn § 754 RVO. vorschreibt, daß die Unternehmer die laut Heberolle festgesetzten Umlagebeiträge innerhalb 2 Wochen nach Bekanntgabe einzahlen sollen, so ist das ungefähr dasselbe, als wenn das Kassenstatut vorschreibt, daß die Arbeitgeber die Kassenbeiträge für ihre Versicherten an den und den Zahltagen einzuzahlen haben. Es sind das Ordnungsvorschriften, deren Verletzung ein Zwangsbeitreibungsverfahren, in der Unfallversicherung auch einen Ausschluß des Unternehmers von der freiwilligen Versicherung nach sich ziehen kann. Es fehlt aber hier an der unbedingt zwingenden Wirkung, die dem § 314 Abs. 1 innewohnt.

Aus allem ergibt sich von selbst, daß auch eine mildtätige Anwendung des § 314 Abs. 1 in der Weise, daß trotz Unterlassung der rechtzeitigen Beitragszahlung eine Streichung von der Mitgliedschaft doch nicht vorgenommen wird und die rückständigen Beiträge von einer möglichen Unterstützung abgezogen werden, unangängig ist. Nach § 223 RVO. können allerdings rückständige Beiträge vom Krankengeld abgezogen werden, aber nur für die Zeit, in der die Mitgliedschaft rechtmäßig bestand. Rückständige Beiträge vom Sterbegeld abzuziehen, ist unserer Meinung nach überhaupt unzulässig.

Eine andere Frage ist, ob an diesen allgemeinen Rechtsgrundsätzen etwas geändert worden ist durch das Notgesetz betreffend Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung vom 4. August 1914. Dasselbe sagt in § 3:

„Versicherungsberechtigte, deren Mitgliedschaft nach § 314 Abs. 1 RVO. erloschen ist, haben das Recht, binnen sechs Wochen nach ihrer Rückkehr in die Heimat in die Krankenversicherung wieder einzutreten, wenn sie während des gegenwärtigen Krieges Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste geleistet haben."

Selbst der scharfsinnige Justizrat Hahn sagt ArbVers. 1914 S. 568, daß es ganz unklar ist, was damit gemeint sein soll. Er nimmt an, daß die Sechswochenfrist mit der Rückkehr in die bürgerlichen Verhältnisse beginnt. Hält man sich an die Buchstaben, namentlich an das Wort „Rückkehr", so mag

Digitized by Google

das richtig sein. Sollte man aber nicht gewollt haben, eine derartige erloschene Anwartschaft auch schon vor der Rückkehr durch den Kriegsteilnehmer oder seine Familienangehörigen durch Wiederzahlung der Beiträge neu aufleben zu lassen? Das wäre doch nur logisch. Eine andere Auslegung würde eine ungerechtfertigte Härte bedeuten. Ist doch der ganze Zweck des Gesetzes der, den zum Kriegsdienst Einberufenen Rechte und Anwartschaften aus der Krankenversicherung möglichst zu erhalten. Die Lösung der Frage kann nicht, wie schon gewünscht worden ist, durch Bundesrats- oder ähnliche Verordnung, sondern nur durch die Rechtsprechung geschehen.

Erfreulicherweise sind eine Anzahl Gemeindeverwaltungen auf einen glücklichen Gedanken gekommen. Sie haben beschlossen, die Kassenbeiträge für die Kriegsteilnehmer aus Gemeindemitteln zu bezahlen. Das hat z. B. die Stadt Liegnitz getan. Der Magistrat in München hat sich bereit erklärt, für dürftige freiwillige Versicherte, die im Felde stehen oder sonstwie im Kriegsdienst Verwendung finden, die Beiträge zu übernehmen. Am weitesten ist wohl der Rat der Stadt Leipzig gegangen. Er hat an den Vorstand der Allgemeinen Ortskrankenkasse Leipzig folgendes Schreiben gerichtet: „In Wahrnehmung der Rechte der zu den Fahnen einberufenen bisherigen verheirateten Pflichtmitglieder der Ortskrankenkasse, ganz gleich, wo sie beschäftigt waren, wenn sie nur hier wohnten, melden wir hiermit diese, soweit es nicht bereits von anderer Seite geschehen ist, als freiwillige Mitglieder an und zwar in der niedrigsten Beitragsklasse mit der Erklärung, daß wir für die Beiträge aufkommen. Die Beiträge für die verheirateten Einberufenen, die bisher freiwillige Mitglieder waren, bezahlen wir ebenfalls." Die Kgl. Amtshauptmannschaft Leipzig wies die ihr unterstehenden Landgemeinden ebenfalls an, die Kriegsteilnehmer ihres Bezirks bei den zuständigen Kassen als freiwillige Mitglieder anzumelden und die Beiträge zu bezahlen. Dem ist auch entsprochen worden.

Diese Regelung hat für die Famlien der Einberufenen den Vorteil, daß ihnen die Ansprüche auf die Familienfürsorge durch die Kasse erhalten bleibt. Eine große Anzahl Kassen — darunter auch die Allgemeine Ortskrankenkasse Leipzig — hat trotz des Notgesetzes betr. Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen, diese Mehrleistungen beibehalten. Für die Stadt selbst bedeutet die Weiterzahlung der Beiträge eine Entlastung der Armenfürsorge. Sollten sich, was sehr wünschenswert wäre, jetzt noch weitere Städte entschließen, die Krankenkassenbeiträge für die Kriegsteilnehmer zu zahlen, so wäre es allerdings notwendig, durch eine Auslegung des Notgesetzes über die Erhaltung der Anwartschaften, die jederzeitige Wiederzahlung der Beiträge als Neuaufleben der Anwartschaft anzuerkennen. Diesen Standpunkt vertritt auch die „Soziale Praxis" in Nr. 49 vom 3. September 1914, Sp. 1326. Wo nun einmal ein weitgehender Wille zur Hilfe vorhanden ist, muß sich auch ein Weg finden. Die Versäumung der dreiwöchigen Frist zur Anmeldung der Weiterversicherung (§ 313 Abs. 2) wird freilich nicht mehr ausgeglichen werden können.

Digitized by Google

Das Recht des Kassenarztes auf Annahme der Dienstleistungen.

Von Justizrat Dr. Fuld in Mainz.

Bei der Auslegung der zwischen den Krankenkassen und Aerzten bestehenden Anstellungsverträge spielt die Frage eine erhebliche Rolle, ob dem Arzt nicht nur das Recht auf die vereinbarte Vergütung, sondern auch das Recht auf die Betätigung der in dem Vertrage vorgesehenen Beschäftigung, also auf die Ausübung der ärztlichen Praxis in dem aus der Vereinbarung ersichtlichen Umfange zusteht. Einem Beschluß des Oberlandesgerichts Braunschweig, I. Zivilsenat vom 29. Mai 1914, ergangen in Sachen des Vereins von Betriebs- und Fabrikkrankenkassen in Braunschweig ist zu entnehmen, daß dieses Gericht sich auf den Standpunkt stellt, daß dem Arzt, welcher einen Vertrag mit der Kasse abgeschlossen hat, im Falle der Aufhebung desselben lediglich der Anspruch auf die Gewährung der vereinbarten Vergütung zusteht. Das Oberlandesgericht führt Folgendes aus: „Nach § 611 BGB. hat der Arzt nur ein Recht auf Entlohnung, nicht auf Annahme seiner Dienste. Ein Recht auf Beschäftigung gewährt ein Dienstverhältnis nur ausnahmsweise bei vertraglicher Zusicherung. Es kann dahingestellt bleiben, ob eine solche Zusicherung bei gewissen Dienstverträgen z. B. beim Bühnenengagementsvertrag, auch als stillschweigend verabredet angesehen werden kann. Bei dem Dienstvertrag mit einem Arzt ist das jedenfalls nicht der Fall. Das Verhältnis zu ihm beruht im Wesentlichen auf Vertrauen. Der Natur eines solchen Dienstverhältnisses würde es widersprechen, wenn die Dienste dem Berechtigten aufgedrungen werden könnten. Dies ist auch, wie aus § 627 BGB. ersichtlich, der Standpunkt des Gesetzes."

Es fragt sich, ob diese Entscheidung dem geltenden Recht entspricht. Daß der Vertrag, den die Kasse mit einem Arzt abschließt, rechtlich als Dienstvertrag anzusehen ist, unterliegt keinem Zweifel. Demgemäß findet auf das Verhältnis, soweit nicht in dem Vertrag andere Bestimmungen getroffen sind, § 611 Abs. 1 BGB. Anwendung, wonach durch den Dienstvertrag der Dienstberechtigte zur Gewährung der vereinbarten Vergütung, der Dienstverpflichtete dagegen zur Gewährung der versprochenen Dienste verpflichtet wird. Die Rechtslehre und Rechtsprechung steht nun auf dem Standpunkte, daß aus § 611 sich nicht ergibt, daß der Dienstverpflichtete einen Anspruch auf die Fortleistung der Dienste hat. Es wird im allgemeinen angenommen, daß, wenn der Dienstberechtigte dem Dienstverpflichteten die Möglichkeit der Leistungen der vorgesehenen Dienste entzieht, letzterer nur einen Anspruch auf Kündigung und zwar auf fristlose Kündigung, sowie einen Anspruch auf Zahlung der vereinbarten Vergütung hat, daß ihm dagegen kein Anspruch zusteht, auch zur Leistung der vereinbarten Dienste zugelassen zu werden. Lediglich dann wird angenommen, daß auch ein Anspruch auf Leistung der vereinbarten Dienste besteht, wenn dies entweder ausdrücklich vereinbart, oder nach den Umständen des Falles als vereinbart anzusehen ist. Bisher hat die Rechtsprechung nur bezüglich der Bühnenangehörigen angenommen, daß ihnen ein solches Recht auf Leistung ihrer Tätigkeit zusteht, jedoch ist diese Rechtsprechung nicht ohne Widerspruch geblieben, sowohl seitens einzelner Gerichte, als auch von anderer Seite. In einem Urteil vom 26. Oktober 1910 führt das Reichsgericht aus, daß, wenn auch regelmäßig der Dienstverpflichtete nur einen Anspruch auf Vergütung habe, doch anderseits ein Anspruch auf Annahme der Dienste nicht schlechthin zu verneinen sei, sondern gegebenenfalls ausnahmsweise aus den Umständen entnommen werden könne, so insbesondere bei den Bühnenanstellungsverträgen. Jedenfalls sei aber ein Anspruch des Dienstverpflichteten auf Beschäftigung, also auf Annahme seiner Dienste zu bejahen, wenn dem Dienstverpflichteten ein Recht in bestimmter Weise

Digitized by Google

beschäftigt zu werden, vertragsmäßig zugesichert sei. Wie bemerkt, hat aber die Rechtsprechung beim Mangel einer solchen ausdrücklichen Vereinbarung lediglich bezüglich der Bühnenangestellten ein Recht auf Beschäftigung angenommen. In einem Urteile, das sich hierauf bezieht, führt das Kammergericht aus: Für den Schauspieler erschöpfe sich der Zweck der Anstellung nicht in dem Bezug der ihm zugesagten Vergütung, er habe vielmehr ein Interesse daran, in der Uebung zu bleiben, sich fortzubilden und vor allem auch seine künstlerische Persönlichkeit zur Geltung zu bringen. Denn nur durch seine künstlerische Tätigkeit könne sich der Schauspieler denjenigen Ruf erwerben, welcher die Grundlage für eine Anstellung zu günstigen, über den Durchschnitt hinausgehenden Bedingungen bilde. Wenn dem gegenüber auch das Interesse der Bühnenleitung anzuerkennen sei, in der Wahl der Personen bei der Besetzung aufzuführender Stücke möglichst volle Freiheit zu haben, weil sie nur auf diese Weise ihre künstlerische Aufgabe erfüllen könne, so folge doch daraus nicht, daß sie über die Beschäftigung eines Schauspielers nach reiner Willkür bestimmen könne. Der Ausgleich der beiderseitigen Interessen lasse sich vielmehr nur dadurch finden, daß man den Vertrag der Bestimmung des § 315 BGB. unterstelle.*)

An und für sich hält das Kammergericht die Bühnenleitung für verpflichtet, den Schauspieler zu beschäftigen, billigt ihr aber bei Ausübung ihres Ermessens einen weiten Spielraum zu. Der Gerichtshof verneint das Recht der Bühnenleitung, den Schauspieler aus anderen als künstlerischen Gründen einfach kalt zu stellen. Er ist der Ansicht, daß sie hierdurch den Vertrag verletze und dem Schauspieler seine künstlerische Betätigung unmöglich mache. Wie bereits bemerkt, hat dieser Standpunkt vonseiten angesehener Rechtsgelehrten Angriffe erfahren, es scheint aber, als ob die Rechtsprechung an ihm festhielte.

*) § 315 Abs. 1 BGB.: „Soll die Leistung durch einen der Vertragschließenden bestimmt werden, so ist im Zweifel anzunehmen, daß die Bestimmung nach billigem Ermessen zu treffen ist.

Unverkennbar lassen sich nun manche Gründe und Momente, welche für das Recht auf Beschäftigung auf Grund des Bühnenanstellungsvertrags geltend gemacht werden, auch für das Recht des Arztes auf Beschäftigung bei der Kasse geltend machen. Wie bei den Bühnenangestellten ist auch bei dem Arzt die praktische Betätigung die Bedingung dafür, daß er sich über das Durchschnittsmaß hinausgehende Erfahrungen und Kenntnisse aneignet, die es ihm ermöglichen, auch eine über den Durchschnitt hinausgehende Anstellung zu bekommen. Man kann sogar behaupten, aus dem Wesen des ärztlichen Berufs ergebe sich die Notwendigkeit der persönlichen Betätigung mindestens in gleichem Maße wie aus dem Wesen des schauspielerischen. Die Parteien gehen auch zweifellos bei Abschluß des Vertrags von der stillschweigenden Auffassung aus, daß für die Dauer der Anstellung dem Arzte die vereinbarte Tätigkeit möglich gemacht werden solle. Wenn das Oberlandesgericht Braunschweig bemerkt, die ärztliche Tätigkeit beruhe auf dem Momente des persönlichen Vertrauens in außerordentlichem Maße und es sei unstatthaft, den Kassenmitgliedern einen ihr Vertrauen nicht besitzenden Arzt aufzudrängen, so ist dies zweifellos richtig, es folgt daraus aber noch nicht, daß die Vertragsrechte des Arztes sich lediglich in dem Anspruch auf Gewährung der vereinbarten Vergütung erschöpfen. Ein willkürliches Kaltstellen des Arztes kann ebensowenig als statthaft erachtet werden wie ein willkürliches Kaltstellen des Schauspielers. Wenn das Oberlandesgericht sich auf § 627 BGB. beruft, so kann hieraus auch nicht geschlossen werden, daß die Kassen in der Lage wären, willkürlich den Arzt von der Tätigkeit fernzuhalten. Der § 627 bestimmt, daß, wenn der zur Dienstleistung Verpflichtete, ohne in einem dauernden Dienstverhältnis mit festen Bezügen zu stehen, Dienste höherer Art zu leisten hat, die auf Grund besonderen Vertrauens übertragen zu werden pflegen, die Kündigung auch dann statthaft ist, wenn ein wichtiger Kündigungsgrund nicht vorliegt. Soweit es sich um Aerzte handelt, welche

Digitized by Google

mit festen Bezügen auf Jahre angestellt sind, kommt dieser Paragraph überhaupt nicht zur Anwendung. Bei den auf Grund anderer Bedingungen angestellten Aerzten bietet er ja aber die Möglichkeit, von der ferneren Tätigkeit abzusehen, falls dies angezeigt erscheinen will. Jedenfalls kann die Anschauung, daß ein Recht auf Beschäftigung für den Arzt ohne ausdrückliche Vereinbarung nicht bestehe, nicht mehr als richtig anerkannt werden, gerade die Berücksichtigung der für den Vertrag zwischen Aerzten und Krankenkassen maßgeblichen Umstände muß vielmehr dazu führen, ein Recht auf willkürlichen Ausschluß von der Beschäftigung zu verneinen. Es kann dahingestellt bleiben, ob nicht auch bei andern Dienstverträgen die Entwicklung der Rechtsbildung sich dahin vollzieht, daß die Rechte des Dienstverpflichteten sich nicht lediglich in dem Anspruch auf Gewährung der vereinbarten Vergütung erschöpfen, bezüglich der ärztlichen Dienstleistungen kann diese Entwicklung wohl schon als in der Hauptsache abgeschlossen bezeichnet werden: stillschweigend gilt das Recht auf Beschäftigung vereinbart.

Anmerkung der Schriftleitung: Wir können Bedenken gegen die Auffassung des Herrn Verfassers nicht verhehlen. Sie ergeben sich aus den öffentlich-rechtlichen Aufgaben der Kasse und ihrer Organe. — Der Vorstand würde nicht nur seine Fürsorgepflicht gegenüber den Versicherten, sondern auch seine Pflicht zu getreuer Geschäftsverwaltung (§ 23 RVO.) verletzen, wenn er einen Arzt, dem er in der einen oder anderen Richtung das erforderliche Vertrauen nicht mehr entgegenbringt, gleichwohl noch zur Betätigung als Kassenarzt zuließe. Dessen muß sich sowohl der Kassenvorstand als auch der Arzt bei Abschluß des Vertrages von vornherein bewußt sein. Deshalb ist, beim Mangel einer ausdrücklichen Abmachung über diesen Punkt, davon auszugehen, daß es nicht im Willen der Vertragschließenden gelegen haben kann, daß dem Arzte außer dem Anspruch auf die festgesetzten Bezüge auch ein Anspruch auf Beschäftigung für die Dauer des Vertrages gewährleistet werden sollte.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Bekanntmachung des Reichskanzlers, betreffend Festsetzung der Ortslöhne.

Vom 4. September 1914 (RGBl. S. 396).

Auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (RGBl. S. 327) hat der Bundesrat folgendes bestimmt:

Artikel 1. Die Frist, für welche die erstmalige Festsetzung der Ortslöhne im ganzen Reiche gilt (§ 151 Abs. 1 RVO.), wird bis zum 31. Dezember 1915 verlängert.

Artikel 2. Diese Verordnung tritt mit dem Tage der Verkündung in Kraft.

Bekanntmachung des Reichskanzlers, betreffend die Wahlen nach der Reichsversicherungsordnung.

Vom 4. September 1914 (RGBl. S. 395).

Auf Grund des Artikels 1 des Gesetzes, betreffend die Wahlen nach der Reichsversicherungsordnung, vom 4. August 1914 (RGBl. S. 348) *) hat der Bundesrat folgendes bestimmt:

Soweit die Amtsdauer der Vertreter der Unternehmer oder anderen Arbeitgeber sowie der Versicherten bei Versicherungsbehörden und Versicherungsträgern und der nichtständigen Mitglieder des Reichsversicherungsamts vor dem 31. Dezember 1915 abläuft, wird sie bis zu dem Zeitpunkt, an welchem die nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung zu wählenden Vertreter oder Mitglieder ihr Amt antreten, jedoch längstens bis zum 31. Dezember 1915, verlängert.

Diese Verordnung tritt mit dem Tage der Verkündung in Kraft.

*) Hier abgedruckt in Heft 24 S. 572.

Auszahlung der Entschädigungen auf Grund der Unfall-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung während des Krieges.

Rundschreiben des **Reichsversicherungsamts** v. 25. August 1914.

Die Auszahlung der Renten usw. entsprechend den bestehenden Ausführungsbestimmungen wird, abgesehen von etwaigen Beschränkungen im Postverkehr, nur dann Schwierigkeiten bereiten, wenn der Rentenberechtigte zur Dienstleistung für Kriegszwecke im weitesten Sinne eingezogen ist. Das wird überwiegend beim Bezuge kleinerer Unfallrenten für geringere Schäden der Fall sein. Alsdann ist aber die Zuführung der Renten an die auf den Unterhalt durch den Rentenberechtigten angewiesenen Angehörigen von besonderer Bedeutung.

Digitized by Google

Die Auszahlung an die Angehörigen kann nach den bisherigen Bestimmungen nur auf Grund einer vom Berechtigten auf einen Angehörigen ausgestellten Empfangsvollmacht und einer über den Berechtigten lautenden Lebensbescheinigung erfolgen.

Die Ausstellung von Vollmachten seitens der Rentenberechtigten wird durch die Militärbehörden gefördert werden. Den Versicherungsträgern wird empfohlen, solche, übrigens stempelfreie Vollmachten in der einfachsten Form, beispielsweise in Briefen der Berechtigten an ihre Angehörigen, die den Wunsch, die Bitte oder den Auftrag enthalten, die Rente zu erheben, als ausreichend anzuerkennen. Auf Grund solcher Vollmachten ist die Zahlungsanweisung auf den Bevollmächtigten umzustellen.

Das Reichspostamt ist damit einverstanden, daß es dazu nicht der in den Ausführungsbestimmungen über die Zahlung der Unfall- usw. Entschädigungen vorgesehenen Wegfall- und neuen Zahlungsanweisungen bedarf; vielmehr genügt eine einfache Mitteilung an die zuständige Oberpostdirektion durch den Versicherungsträger. Sie hat zu enthalten den Namen des Erstberechtigten, den Vornamen, Namen, Stand, Wohnort und die Wohnung des oder der Bevollmächtigten, das Ausfertigungsdatum der Zahlungsanweisung, den Monatsbetrag der Rente, das Aktenzeichen und die Unterschrift des zahlungspflichtigen Versicherungsträgers. Die Oberpostdirektion wird die zahlende Postanstalt entsprechend verständigen. Diese macht die Vollmachterteilung in ihren Stammkarten ersichtlich und verweist ohne Vollmacht sich meldende Angehörige an den Versicherungsträger. Von der Beibringung von Lebensbescheinigungen muß in diesen Fällen abgesehen werden, da ihre Ausstellung weder durch die Militärbehörden noch anderweit erfolgen kann. Dagegen werden die Militärbehörden die bei den Truppenteilen und militärischen Verwaltungsbehörden etwa vorhandenen Empfänger von Unfall- und Invalidenrenten nebst den bisher die Rente auszahlenden Postanstalten feststellen. Sobald ein Rentenempfänger als gefallen (tot), vermißt oder gefangen gemeldet wird, benachrichtigt die Militärbehörde die bisher zahlende Postanstalt. Diese macht einen entsprechenden Vermerk in ihren Stammkarten und teilt die gemeldeten Fälle dem Versicherungsträger mit. Die Renten der als gefallen (tot), vermißt oder gefangen gemeldeten Rentenempfänger werden beim nächstfolgenden Zahlungstermin nicht mehr ausgezahlt und bei der Ablehnung der Zahlung die Angehörigen entsprechend mündlich belehrt und an den Versicherungsträger verwiesen. Der Versicherungsträger hat gegebenenfalls zu prüfen, ob eine Hinterbliebenenentschädigung in Frage kommt oder ob für Vermißte und Gefangene die Rente einstweilen weiter an die Angehörigen gezahlt werden soll. Will der Versicherungsträger für die als vermißt oder gefangen Gemeldeten die Rente einstweilen weiterzahlen, was wohlwollend zu erwägen und namentlich bei Gefangenen, bei denen das Fortleben zu vermuten ist, zu bejahen sein wird, so benachrichtigt er die zahlende Postanstalt, daß die Rente an die Angehörigen weiter gezahlt werden kann. Wird bei Vermißten wegen überwiegender Vermutung des Todes von der Weiterzahlung ihrer Rente abgesehen, so ist Wegfallanweisung zu erlassen und in die Feststellung etwaiger Hinterbliebenenansprüche einzutreten.

Die Gefahr, daß bei diesem Verfahren in Einzelfällen infolge Unterlassung oder Verspätung der Meldungen für einen Zahlungstermin zu viel Rente von den Angehörigen erhoben wird, können bei der voraussichtlich nur geringen Zahl der Fälle die Versicherungsträger übernehmen.

Die Reichs-Marineverwaltung und die Militärverwaltungen in den Königreichen Bayern, Sachsen und Württemberg werden auf Anregung des Kgl. Preußischen Kriegsministeriums, die Zentralpostverwaltungen in Bayern und Württemberg auf Anregung des Reichsversicherungsamts die zur Ausführung der hier vorgesehenen Maßnahmen erforderlichen Anordnungen voraussichtlich ebenfalls treffen.

Keine Stimmabgabe, wenn nur so viele Bewerber benannt sind, als Vertreter zu wählen sind.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** v. 9. Mai 1914.

Das Versicherungsamt hat in seiner vorstehend bezeichneten Entscheidung die Wahl des Vorstandes der Betriebskrankenkasse der Firma B.-G. Hutfabrik, A. G. vorm. A. C., für ungültig erklärt und angeordnet, daß ein neues Wahlverfahren einzuleiten ist. Der Beschwerdeführer hat gegen diese Entscheidung Beschwerde beim Oberversicherungsamt eingelegt. Er beantragte, die auf der Vorschlagsliste III verzeichneten Personen für gewählt zu erklären. Seine Beschwerde ist vom Oberversicherungsamte durch die eingangs erwähnte Entscheidung zurückgewiesen worden. Gegen diese Entscheidung hat der Beschwerdeführer rechtzeitig beim Reichsversicherungsamte weitere Beschwerde eingelegt und seine beim Oberversicherungsamte gestellten Anträge wiederholt.

Es besteht kein Streit darüber, daß an Stelle der drei von dem Kassenvorstande für die Vorstandswahl zugrunde gelegten Wahllisten nur der vom Beschwerdeführer als Wahlvorschlagsvertreter unterschriebene Wahlvorschlag als einzig gültiger Wahlvorschlag berücksichtigt werden durfte. Zweifelhaft ist nur, wie unter diesen Umständen weiter zu verfahren war. Das Oberversicherungsamt gibt selbst zu, daß im vorliegenden Falle, da nur ein

Digitized by Google

gültiger Wahlvorschlag vorlag, sich eine Wahl mit Stimmabgabe erübrigt hätte. Es meint aber, daß, nachdem zu Unrecht eine Wahl mit Stimmabgabe stattgefunden habe, nichts anderes übrig bleibe, als das gesamte Wahlverfahren für ungültig zu erklären. Dieser auch nicht näher begründeten Auffassung hat sich der Beschlußsenat nicht angeschlossen. Nach § 10 der Wahlordnung gelten, wenn auf gültigen Wahlvorschlägen im ganzen nur so viele wählbare Bewerber benannt sind, wie Vertreter zu wählen sind, diese als gewählt. Sind weniger Bewerber vorgeschlagen, so gelten diese ebenfalls als gewählt; wegen der noch fehlenden Vertreter sowie wegen der erforderlichen Ersatzmänner ist jedoch alsbald eine neue Wahl vorzunehmen. Hiernach war für eine Wahl mit Stimmabgabe vorliegend kein Raum, es bedurfte vielmehr nur noch der Feststellung, wer als gewählt zu gelten hat. Es liegt kein Anlaß vor, das ganze Wahlverfahren zu wiederholen. Die Entscheidungen des Versicherungsamts und des Oberversicherungsamts waren daher aufzuheben. Das Versicherungsamt wird nunmehr die Feststellung des Wahlergebnisses zu veranlassen haben, wobei als gültiger Wahlvorschlag nur der vom Beschwerdeführer eingereichte Wahlvorschlag in Betracht kommt.

B. Zur Krankenversicherung.

Zugehörigkeit auswärts beschäftigter Arbeiter zur Betriebskrankenkasse.

Entscheidung des Oberversicherungsamts in Osnabrück vom 19. August 1914.

Die Betriebskrankenkasse der Firma H. in Duisburg hatte beantragt, zu erkennen, daß die bei der selbständigen Montage der Firma in Osnabrück beschäftigten Arbeiter der allgemeinen Ortskrankenkasse in Osnabrück anzugehören hätten. Der Vorstand der allgemeinen Ortskrankenkasse in Osnabrück widersprach. Das Versicherungsamt entschied im Sinne der Ortskrankenkasse, und das Oberversicherungsamt wies die Beschwerde der Betriebskrankenkasse (§ 258 RVO.) als unbegründet zurück aus folgenden Gründen:

Die §§ 153 bis 156 RVO. gelten nicht, wie die Beschwerdeführerin annimmt, für die Feststellung der Zugehörigkeit zu den Betriebskrankenkassen, sondern handeln, wie aus der Anm. 1 zu § 153 im Kommentar von Hanow und der Ziff. 1 der Vorbem. S. 135/136 im „Handbuch der Krankenversicherung" von Hahn bedenkenfrei zu entnehmen ist, nur vom Beschäftigungsorte, nach dem sich die Zuständigkeit der Orts- und Landkrankenkassen und der Versicherungsanstalten sowie der Versicherungsbehörden bestimmt. Für die Zugehörigkeit als Mitglied zu einer Betriebskrankenkasse kommt nach dem bestimmten Wortlaute des § 245 RVO. nur diese gesetzliche Bestimmung in Betracht. Der Betriebskrankenkasse gehören hiernach, unabhängig von einer entsprechenden Bestimmung des Arbeitsvertrages oder der Arbeitsordnung, alle Versicherungspflichtigen an, die im Betriebe beschäftigt sind, soweit sie nicht als unständig Beschäftigte nach § 442 a. a. O. der Orts- oder Landkrankenkasse anzugehören haben. Hierbei ist es unerheblich, ob die Tätigkeiten von Arbeitern innerhalb der Betriebsstätte vorgenommen werden und unmittelbar dem Zwecke der Herstellung der Erzeugnisse dienen. Zum Betriebe gehören vielmehr auch solche Tätigkeiten, welche die Zwecke des Betriebes mittelbar fördern und von Arbeitern verrichtet werden, die den technischen Verrichtungen fernstehen, gleichgültig, ob die Beschäftigten den Arbeitsvertrag mit dem Unternehmer selbst oder mit einer zu diesem in einem Arbeitsverhältnis stehenden Mittelperson geschlossen haben (Anm. 1 vorletzter Abs. und Anm. 11 zu § 245 im Kommentar von Hoffmann und Anm. 2a und 4 letzter Abs. zu § 245 S. 341, 343 im „Handbuch der Krankenversicherung" von Hahn). Die Montagearbeiten, die von der Firma H. in Osnabrück ausgeführt werden, stellen überdies nach den angestellten Ermittelungen keinen selbständigen besonderen Betrieb, insbesondere keinen Zweig- oder Nebenbetrieb der Firma dar, so daß die Zugehörigkeit der hierbei beschäftigten Arbeiter zu der Betriebskrankenkasse dieser Firma vom Versicherungsamt mit Recht bejaht ist (zu vergl. auch Entscheidung des Preußischen Oberverwaltungsgerichts vom 7. November 1910, Arbeiter-Versorgung 1911 S. 343/344).

Müssen Mitglieder des Ausschusses nach § 327 RVO. ausscheiden, wenn sie als Ersatzmänner in den Vorstand gewählt werden?

Entscheidung des Reichsversicherungsamts v. 25. April 1914.

In formeller Hinsicht ist zu bemerken, daß vom Oberversicherungsamt unzutreffend angenommen wird, daß seine Entscheidung endgültig sei. Es handelt sich vielmehr um eine auf Beschwerde gegen die Entscheidung des Versicherungsamts erlassene Entscheidung des Oberversicherungsamts, gegen die nach § 1797 RVO. die weitere Beschwerde an das Reichsversicherungsamt zulässig ist. Sachlich ist aber die Auffassung des Oberversicherungsamts begründet.

Digitized by Google

Nach § 327 RVO. dürfen die Mitglieder des Ausschusses nicht dem Vorstand angehören. Die Reichsversicherungsordnung hält dies nach der „gegenseitigen Stellung von Vorstand und Ausschuß" nicht für angezeigt (Begr. S. 202), während nach dem Krankenversicherungsgesetz eine derartige Doppelstellung in den Organen der Kasse (dem Vorstand und der Generalversammlung) zulässig war. Nach dem Wortlaut des § 327 bezieht sich die Vorschrift allerdings nur auf die „Mitglieder" der Organe. Sie muß aber sinngemäß auch für die Ersatzmänner gelten. Denn sie sind berufen, die Mitglieder nicht nur, wie der Beschwerdeführer anzunehmen scheint, beim Ausscheiden zu ersetzen, sondern sie treten auch bei vorübergehender Behinderung nach § 74 Abs. 4, § 88 Abs. 9 der Satzung in der Reihenfolge, die sich aus der Wahlordnung ergibt, als Stellvertreter ein. Sie können also jederzeit in die Lage kommen, für eine von vornherein nicht übersehbare Zeitdauer als Vorstandsmitglied tätig sein zu müssen. Es geht nicht an, ein Ausschußmitglied erst dann ausscheiden zu lassen, wenn es für ein ausgeschiedenes oder behindertes Vorstandsmitglied eingetreten ist. Das würde, namentlich bei einer vorübergehenden Vertretung von Vorstandsmitgliedern, zu Schwierigkeiten führen. Denn nach Beendigung der Vertretung würde sich sofort die Frage erheben, ob der aus dem Ausschuß ausgeschiedene Ersatzmann des Vorstandsmitglieds wieder in dem Ausschuß tätig sein darf. Ebensowenig kann der Umstand, daß ein Ersatzmann der Vorstandsmitglieder nicht an einer der ersten Stellen gewählt ist und deshalb vielleicht gar nicht in die Lage kommt, die Vertretung auszuüben, ins Gewicht fallen. Die Möglichkeit, als Ersatzmann oder Stellvertreter einzutreten, besteht auch für ihn. Und mit ihr wurde auch bei seiner Wahl gerechnet. Denn es hätte sonst keinen Sinn gehabt, ihn als Ersatzmann zu wählen. Ueberhaupt kommt es auf derartige mehr zufällige Tatumstände nicht an. Maßgebend ist nach § 327 RVO. die Wahl. Durch sie werden für die Organe der Kasse zwei Gruppen, einerseits die Vorstandsmitglieder und ihre Ersatzmänner, anderseits die Ausschußmitglieder und ihre Ersatzmänner, geschaffen. Diese stehen sich in der Weise selbständig gegenüber, daß ein Uebertritt aus einer Gruppe in die andere nicht erfolgen kann. § 19 der Musterwahlordnung für die Ortskrankenkassen (Zentralbl. für das Deutsche Reich 1913, Nr. 13 S. 259 ff.) steht dieser Annahme nicht entgegen. Wenn dort die Ersatzmänner als „noch nicht gewählte Bewerber" bezeichnet werden, so sollte damit lediglich ausgedrückt werden, daß bei Feststellung des Wahlergebnisses bestimmte Bewerber als gewählte Ersatzmänner nicht zu bezeichnen sind. Daß aber auch die Ersatzmänner auf Grund der Wahlen berufen und somit gewählt werden, sollte durch diese Wortfassung nicht in Abrede gestellt werden (zu vgl. auch Schulz, die Wahl, insbesondere die Verhältniswahl, in der sozialen Versicherung, § 19 S. 55). Ob sich diese Rechtslage ändert, falls der Beschwerdeführer auf die Wahl als Ersatzmann der Vorstandsmitglieder in zulässiger Weise verzichtet, kann hier dahingestellt bleiben, da eine solche Erklärung nicht vorliegt.

Anmerkung: Die Entscheidung steht im Widerspruch mit einer Entscheidung des sächsischen Landesversicherungsamts v. 2. Mai 1914 (Nr. 519, Monatsschr. f. Arb.- u. Angest.Vers. 1914 Sp. 558), die im Sinne unserer Aeußerungen hier S. 319 Ziff. 12 und S. 363 ergangen ist. Hierauf verweisen wir wegen der Rechtsgründe, die gegen die Auffassung des Reichsversicherungsamts sprechen. Praktisch bedeutet diese Auffassung eine recht unzweckmäßige Ueberspannung des dem § 327 RVO. zugrunde liegenden Gedankens. Die Begründung begnügt sich mit der Bemerkung: „Die gegenseitige Stellung von Vorstand und Ausschuß läßt es nicht angezeigt erscheinen, daß dieselbe Person gleichzeitig beiden Organen angehört" (S. 202). Aber kann man sagen, daß derjenige dem Vorstande schon „angehört", der auf der Liste der Ersatzmänner steht und nur möglicherweise einmal zum Eintritt in den Vorstand berufen werden kann? Die Begründung sagt nicht, weshalb es nicht angezeigt erscheint, daß jemand beiden Organen angehört. Offenbar ist beabsichtigt, daß die Mitglieder des einen Organs dem anderen möglichst frei, selbständig und unbeeinflußt gegenüberstehen, insbesondere wenn der Ausschuß über die Vorlagen des Vorstandes beschließen, seine Rechnung abnehmen, die Kasse gegenüber den Vorstandsmitgliedern oder mit ihnen gemeinsam vertreten oder Vorstandsbeschlüssen zustimmen soll (§§ 345, 346 RVO.). Das ist gewiß ein richtiger Gedanke; nur lassen sich Kollisionen in diesen Beziehungen nicht ganz vermeiden. Es kann vorkommen, daß im Ausschuß über eine Vorlage des Vorstandes, über Abnahme der Jahresrechnung usw. erst nach Ablauf der Wahlzeit des Vorstandes beschlossen werden kann und daß dann im Ausschuß Personen sitzen, die in der vorigen Wahlzeit dem Vorstand angehört haben. Dann sind sie — falls nicht etwa der besondere Fall des § 23 Abs. 3 vorliegt — von der Mitwirkung im Ausschusse nicht ausgeschlossen. Das Gesetz läßt eben solche bloße, mehr oder weniger entfernte und ungewisse Möglichketten außer Betracht; und nur eine solche bloße Möglichkeit einer Kollision liegt auch vor, wenn ein Ausschußmitglied zum Ersatzmann oder Stellvertreter eines ausscheidenden oder verhinderten Vorstandsmitgliedes bestimmt, aber noch nicht in den Vorstand berufen ist. Sollen solche Personen, wie das Reichsversicherungsamt will, schon wegen der bloßen Möglichkeit ihres einstigen Eintritts in den Vorstand aus dem Ausschuß ausscheiden, so bedeutet das, wenn die Möglichkeit niemals zur Wirklichkeit wird, die völlige Kaltstellung dieser zur Teilnahme an der Verwaltung geeigneten Personen, an denen die Kassen oft nicht gerade Ueberfluß haben. Das ist so unzweckmäßig, daß es auch deshalb — abgesehen von den a. a. O. dargelegten Rechtsgründen — nicht als der Absicht des Gesetzes entsprechend angesehen werden kann.

Digitized by Google

Dieser Absicht geschieht vollkommen Genüge, wenn das zum Ersatzmann bestimmte Ausschußmitglied in dem Augenblick aus dem Ausschuß ausscheidet, in welchem es zur Ausübung des Vorstandsamtes tatsächlich berufen wird.

Die Versicherten können für Uebertretungen der Krankenordnung durch Familienangehörige nicht bestraft werden.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** v. 9. Mai 1914.

Das Versicherungsamt hat die Bestimmung der Krankenordnung einer Betriebskrankenkasse, daß die versicherten Kassenmitglieder für die Uebertretungen der Krankenordnung durch ihre Familienangehörigen verantwortlich seien, beanstandet, weil die Krankenordnung über den Rahmen des § 529 RVO. hinaus keine Strafbestimmungen gegen die Kassenmitglieder enthalten dürfe und eine Verantwortlichkeit der Mitglieder für Uebertretungen der Krankenordnung durch ihre Familienmitglieder in der Reichsversicherungsordnung nicht vorgesehen sei. Auf die gegen diese Entscheidung eingelegte Beschwerde hat die Beschlußkammer des Oberversicherungsamts die Sache gemäß § 1799 RVO. an das Reichsversicherungsamt abgegeben, da es sich um eine noch nicht festgestellte Auslegung gesetzlicher Vorschriften von grundsätzlicher Bedeutung handle. Dabei hat die Beschlußkammer ihre Rechtsansicht dahin ausgesprochen, daß eine Bestrafung der Versicherten für Uebertretungen der Familienangehörigen nicht zulässig sei.

Das Reichsversicherungsamt ist dieser Ansicht beigetreten. § 529 RVO. regelt das Strafrecht der Krankenkassen erschöpfend. Kassensatzung und Krankenordnung dürfen daher weitergehende Strafbestimmungen nicht enthalten. Nach dem Wortlaut des § 529 kann aber ein Versicherter nur für Verfehlungen, die er selbst begangen hat, bestraft werden. An einer Vorschrift, daß ein Kassenmitglied für Verstöße seiner Familienangehörigen bestraft werden könne, fehlt es im Gesetze. Die Haftbarkeit des Kassenmitglieds für Verstöße von Familienangehörigen könnte auch zu unbilligen Härten führen, da einem Versicherten, der tagsüber seiner Arbeit nachgeht, eine entsprechende Aufsicht über seine Familienangehörigen nicht zugemutet werden darf. Unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes ist eine solche Haftung der Versicherten für Verstöße ihrer Familienangehörigen ebenfalls verneint worden. Der hier vertretenen Auffassung wird auch in der Literatur überwiegend zugestimmt (zu vgl. Hoffmann, Komm. zur RVO., 2. Buch, 5. Aufl., Anm. 2 zu § 529). Hahn (Handb. der KrVers., 7. Aufl., Anm. 1b zu § 347 RVO.) verneint gleichfalls eine so allgemeine Haftung, wie sie in der beanstandeten Bestimmung der Krankenordnung vorgesehen ist, wenn er es auch für zulässig erachtet, gewisse Pflichten in der Meldung und Ueberwachung der Familienmitglieder den Versicherten aufzuerlegen. Eine abweichende Meinung vertritt von Frankenberg (Betriebskrankenkasse S. 248).

Im vorliegenden Falle war nicht zu entscheiden, ob die Familienmitglieder selbst wegen Uebertretung der Krankenordnung in Strafe genommen werden können, da die beanstandete Krankenordnung eine solche Bestimmung nicht enthält.

Die Beschwerde war somit zurückzuweisen.

Inwieweit sind Vereinbarungen der Parteien über Krankenunterstützung zu berücksichtigen?

Entsch. des **badischen Verwaltungsgerichtshofs** v. 23. Dezember 1913.

Als Grundlage der Entscheidungen auf Grund des KVG. § 58 Abs. 1 über öffentlich rechtliche Ansprüche aus dem Krankenversicherungsverhältnis können nur die dafür geltenden gesetzlichen (und Statut-) Bestimmungen in Betracht kommen (vgl. im allgemeinen Rechtspr. d. VGH. 3, 29 Nr. 11). Behaupteten Vereinbarungen der Parteien über derartige Ansprüche, die jene Grenzen überschreiten, gebührt darum keine maßgebende Berücksichtigung im Verfahren bei der Aufsichtsbehörde und im Verwaltungsstreitverfahren. Im vorliegenden Fall war daher die Prüfung darauf zu beschränken, in welchem gesetzlichen und statutmäßigen Umfang Krankenunterstützungsansprüche des infolge von Herzneurose und Gefäßnervenerkrankungen seit 1. März 1912 erkrankten und seit 18. März 1912 erwerbsunfähigen Beklagten gegen die Klägerin aus der Zeit nach dem 18. Mai 1912 begründet waren. Daß gegen den (damals in B. bei den Eltern im Familienverband lebenden) Beklagten das von der Klägerin behauptete Anerbieten der Zahlung von täglich 2,30 M. an ihn unter der Bedingung seines Eintritts in die medizinische Klinik zu Freiburg nicht die von der Klägerin ihm beigelegte Bedeutung der Einweisung in ein Krankenhaus im Sinne des KrVG. § 7, Abs. 1 Ziff. 1, § 20 Abs. 1 Ziff. 1 haben konnte, ergibt sich — abgesehen von dem Mangel des Nachweises der Voraussetzungen für die Zulässigkeit der Einweisung, sowie der Feststellung über die Erfüllung ihrer Formerfordernisse — schon daraus, daß dem Beklagten nicht gegen Abfindung (Rechtspr. d. VGH., 3. Teil SA. Arb.-Vers. 55, Nr. 112 a. E., auch Nr. 113), sondern frei die Kur und Verpflegung im Krankenhause als Krankenunterstützungsleistung an Stelle der im KrVG. § 6 vorgeschriebenen Leistungen von der Klägerin hätte gewährt werden müssen; die nach ordnungsmäßiger Einweisung für das Kassenmitglied aus unberechtigter Eintrittsweigerung

Digitized by Google

folgende Wirkung des Verlusts jedes Krankenunterstützungsanspruchs war daher selbst bei der Annahme, daß die übrigens von dem Beklagten bestrittene Bedingung an das Anerbieten der Klägerin geknüpft war, für den Beklagten ausgeschlossen. Anderseits vermochte der Beklagte nicht nachzuweisen, daß er seit 18. Mai 1912 von der Klägerin aus dem Kassenbezirk „beurlaubt" worden sei; daher war die Klägerin nach der gegebenen Sachlage nicht dazu verpflichtet, daß sie dem Beklagten auch außerhalb des Kassenbezirks die Naturalleistungen des KVG. § 6 Abs. 1 Ziff. 1, § 20 Abs. 1 Ziff. 1 gewähre oder den dafür von ihm aufgewendeten Betrag erstatte (Rechtspr. d. BGH. a. a. O. 54 Nr. 111). Hiernach verblieb dem Beklagten nur der Anspruch auf Krankengeld.

C. Zur Unfallversicherung.

Örtliche Zuständigkeit des Versicherungsamts im Beschlußverfahren in Sachen der Unfallversicherung.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** v. 26. Januar 1914.

Eine Berufsgenossenschaft hatte die Bestrafung eines Versicherten durch das Versicherungsamt wegen Uebertretung von Unfallverhütungsvorschriften gemäß § 870 a. a. O. beantragt. Der Beschuldigte ist bei dem Kasernenneubau in S. im Bezirke des Versicherungsamts M. beschäftigt, während sich der Sitz des Betriebs seines Dienstherrn im Bezirke des Versicherungsamts Sch. befindet. Den Streit der beiden Versicherungsämter hat das Reichsversicherungsamt dahin entschieden, daß das Versicherungsamt M. zuständig ist:

Die Entscheidung hängt davon ab, ob für die Zuständigkeit allein der Sitz des Betriebs im Sinne der §§ 657 ff. RVO. maßgebend ist, oder ob auch eine Beschäftigung von längerer Dauer zur Begründung der Zuständigkeit ausreicht. Unter der Herrschaft der früher geltenden Unfallversicherungsgesetze hat das Reichsversicherungsamt in ständiger Rechtsübung anerkannt, daß es im Falle des § 76 Abs. 2 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes bei Unternehmungen mit Filialbetrieben und bei Betrieben, die an wechselnder Arbeitsstätte ausgeübt werden (Baubetriebe, Bohrbetriebe, Montagebetrieb usw.) regelmäßig nicht auf den Sitz des Betriebs im katasterrechtlichen Sinne ankomme, sondern daß sich die Zuständigkeit des Schiedsgerichts nach der örtlichen Lage des unfallbringenden Betriebs richte (Zweigbetrieb, Nebenbetrieb, Betriebsteil, unter Umständen auch Betriebstätte) (zu vgl. Handb. der Unfallversf. 3. Aufl. I S. 502 Anm. 8 zu § 76 GUVG.). Der § 1784 RVO., der die Zuständigkeit im Beschlußverfahren für Sachen der Unfallversicherung regelt, ist offensichtlich dem § 76 Abs. 2 a. a. O. nachgebildet. Nur insofern unterscheidet sich der Wortlaut der jetzigen Vorschrift vom früheren Rechte, als dort die Zuständigkeit davon abhängig gemacht war, wo der Betrieb belegen war, während jetzt der Sitz des Betriebs maßgebend ist. Weder der geänderte Wortlaut, noch die Entstehungsgeschichte des § 1784 ergibt einen Anhaltspunkt dafür, daß es sich hierbei um eine beabsichtigte Abweichung von dem früheren Rechte handelt. Das Reichsversicherungsamt trägt daher um so weniger Bedenken, seine bisherige Rechtsübung auf die Anwendung des § 1784 zu übertragen, als dieselben Erwägungen, die damals für seine Stellungnahme maßgebend waren, im wesentlichen auch für das jetzt geltende Verfahren zutreffen. Denn bei dieser Regelung der Zuständigkeit werden die in Betracht kommenden Ermittlungen (Ortsbesichtigung, Vernehmung des Versicherten sowie von Zeugen und Sachverständigen) schneller und billiger ausgeführt werden können als von dem vielfach weit entfernt liegenden Versicherungsamte des Betriebssitzes aus.

Vernehmung im Einspruchsverfahren; Behinderung des Berechtigten am Erscheinen; Vertretung durch einen Bevollmächtigten.

Bescheid des **Reichsversicherungsamts** v. 19. Mai 1914.

Das Reichsversicherungsamt nimmt vorbehaltlich instanzieller Entscheidungen zu den angeregten Fragen folgende Stellung ein:

1. Die Vernehmung des Berechtigten im Einspruchsverfahren ist dem Versicherungsamt als eigene amtliche Aufgabe übertragen, die nur von seinem Vorsitzenden oder einem gemäß § 39 RVO. bestellten ständigen Stellvertreter des Vorsitzenden erledigt werden kann. Erfolgt die Vernehmung durch einen andern, so liegt ein von Amts wegen zu berücksichtigender wesentlicher Mangel des Verfahrens vor (zu vgl. Amtl. Nachr. 1914 S. 323 Rek.-Entsch. 2687). Hiernach ist nicht allein die Vernehmung des Berechtigten durch einen Bureaubeamten, sondern auch durch eine im Wege der Rechtshilfe ersuchte andere Behörde ausgeschlossen (zu vgl. anliegende Entsch. v. 20. Mai 1914 — I 5295 —). Der Berechtigte ist daher in jedem Falle, wenn die Vernehmung vor dem Versicherungsamt stattzufinden hat, vorzuladen (§ 1593 Abs. 1 a. a. O.). Erscheint er in dem zu seiner Vernehmung bestimmten Termine nicht, weil er vorübergehend krank oder aus anderen wichtigen Gründen verhindert ist, so kann ein neuer Termin angesetzt werden. Es ist aber zu berücksichtigen,

Digitized by Google

daß hierdurch das Verfahren nicht wesentlich verzögert werden darf. Kann der Berechtigte aus Gründen nicht erscheinen, die wie Gebrechlichkeit, Siechtum und weite Entfernung voraussichtlich von längerer Dauer sind, so sind die Verhandlungen unverzüglich zurückzusenden (§ 1593 Abs. 2 a. a. O.). Das Einspruchsverfahren ist damit beendet. Es muß in solchen Fällen dem pflichtmäßigen Ermessen des Versicherungsträgers überlassen bleiben, ob er den Berechtigten von der Ortspolizeibehörde vernehmen läßt oder noch andere Ermittlungen anstellt (§ 1606 a. a. O.).

2. Eine Vertretung des Berechtigten bei seiner Vernehmung im Einspruchsverfahren durch einen Bevollmächtigten ist nicht zulässig. Sie entspricht nicht dem Zweck des Einspruchsverfahrens, dem Berechtigten Gelegenheit zu unmittelbarem Gehör durch die Behörde und dieser die Möglichkeit zu geben, seine Wünsche zu erfahren und seine Glaubwürdigkeit und Gebrechen kennen zu lernen. Im Gesetz (§ 1592 a. a. O.) und in den Verhandlungen der Kommission ist daher nur die Rede von dem Recht auf „persönliches" Gehör. Der Berechtigte darf zwar in der mündlichen Verhandlung des Versicherungsamts in Begleitung eines Beistandes erscheinen, dabei ist aber vorausgesetzt, daß er selbst mitkommt. Ist der Berechtigte verhindert, zu seiner Vernehmung selbst zu kommen, so kann ein Einspruchsverfahren nicht stattfinden. Der Berechtigte muß dann seine Ansprüche bei dem Versicherungsträger schriftlich geltend machen. Durch diese Stellungnahme wird das Recht des gesetzlichen Vertreters, für den minderjährigen oder entmündigten Berechtigten das Verfahren zu betreiben, nicht berührt (zu vgl. § 1591 Abs. 3 a. a. O.).

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Verjährung der Strafverfolgung wegen Nichtentrichtung von Beiträgen.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** v. 23. Mai 1914.

Der Bauunternehmer G. in B. hat die Beiträge zur Invalidenversicherung für mehrere Personen, die er in der Zeit bis zum 16. Oktober 1912 beschäftigte, nicht oder nicht in der richtigen Lohnklasse geleistet. Der Vorstand der Landesversicherungsanstalt Sch. erließ daher gegen ihn am 18. März 1913 eine Strafverfügung in Höhe von 5 M., worauf G. rechtzeitig Beschwerde bei dem Königlichen Oberversicherungsamt B. erhoben hat. Das Oberversicherungsamt, Beschlußkammer, hat die Sache nach § 1799 RVO. an das Reichsversicherungsamt abgegeben, da es geneigt war, von der Entscheidung 1667 (Amtl. Nachr. des RVA. 1912 S. 1200) abzuweichen. Nach dieser Entscheidung beginnt die in den §§ 147, 1488 RVO. vorgeschriebene dreimonatige Verjährung der Strafverfolgung wegen nicht rechtzeitiger Entrichtung von Beiträgen zur Invalidenversicherung mit deren Nachentrichtung. Das Oberversicherungsamt wollte annehmen, daß die Verjährung mit der Fälligkeit des letzten in Betracht kommenden Beitrags beginne. Dann würde vorliegend die Strafverfolgung verjährt sein. Denn eine zur Unterbrechung der Verjährung nach § 147 geeignete Handlung wäre höchstens in der Wiedervorlageverfügung des Vorstandes der Versicherungsanstalt vom 27. Januar 1913 zu erblicken, während die Verjährungsfrist schon vor diesem Tage abgelaufen sein würde.

Es war, wie geschehen, zu erkennen. Die Entscheidung 1667 des Reichsversicherungsamts betrifft nur den Fall, daß die Beiträge verspätet entrichtet sind. Vorliegend sind aber, soweit ersichtlich, die erforderlichen Beiträge überhaupt noch nicht geleistet worden. Der in der vorbezeichneten Entscheidung ausgesprochene Grundsatz, daß die Verjährung der Strafverfolgung mit der Nachentrichtung der Beiträge beginne, ist daher hier nicht anwendbar. Vielmehr fragt es sich, wann die Verjährung der Strafverfolgung wegen einer Unterlassung beginnt, wenn die gebotene Handlung noch nicht vorgenommen ist. Nach der Rechtsprechung des Reichsgerichts beginnt sie mit dem Ablauf der Zeit, in der die Handlung noch vorgenommen werden konnte und sollte (zu vgl. Entscheidungen des Reichsger. in Straff. 9 S. 152). Das muß auch für Fälle der vorliegenden Art gelten. Denn naturgemäß kann die Verjährung der Strafverfolgung erst beginnen, wenn die Verpflichtung zum Handeln aufgehört hat. Der maßgebliche Zeitpunkt für den Beginn der Verjährung ist daher nicht, wie das Oberversicherungsamt meint, die Fälligkeit des letzten in Betracht kommenden Beitrags, sondern der Ablauf der Verjährung der Beitragsrückstände nach § 29 RVO. Einen ähnlichen Standpunkt hat das Reichsversicherungsamt auch auf dem Gebiete der Unfallversicherung für die Verjährung der Strafverfolgung wegen Nichteinreichung von Regiebaulohnnachweisungen eingenommen (zu vgl. Entsch. I 47 des Ersten Beschlußsenats vom 20. April 1914). Die im § 1442 für die Nachentrichtung von Pflichtbeiträgen zur Invalidenversicherung vorgeschriebenen Fristen können nicht entscheiden. Denn § 1442 behandelt nur das Recht, nicht aber die hier maßgebliche Pflicht zur Beitragsentrichtung (zu vgl. Bescheid 1609, Amtl. Nachr. 1912 S. 829). Bei Erlaß der Strafverfügung vom 18. März 1913 waren die rückständigen Beiträge noch nicht verjährt. Somit war auch noch keine Verjährung der Strafverfolgung eingetreten. Gegen die Höhe der Strafe bestehen keine Bedenken. Die Beschwerde war daher zurückzuweisen.

Digitized by Google

E. Zur Angestelltenversicherung.

Merkblatt der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, betreffend Beiträge für Versicherte, die von mehreren Arbeitgebern beschäftigt werden (z. B. Sprach-, Musik- und sonstige versicherungspflichtige Lehrer, Erzieher, Stundenbuchhalter, Krankenpfleger).

I. Aufbringung der Mittel und Höhe der Beiträge.

Die Arbeitgeber und der Versicherte bringen gemeinsam die Mittel für die Versicherung auf. Sie entrichten für jeden Kalendermonat, in welchem eine versicherungspflichtige Beschäftigung stattgefunden hat, laufend Beiträge zu gleichen Teilen (§ 170 VGfA.).

Eine Vereinbarung, daß der Versicherte die Mittel für die Versicherung allein aufbringen solle, ist nichtig (§ 345 Abs. 1 S. 2, Abs. 2 a. a. O.).

Gemäß § 177 a. a. O. hat jeder einzelne Arbeitgeber, der den Versicherten während des Beitragsmonats beschäftigt hat, 8 % des für die Beschäftigung gezahlten Entgelts (Honorars) als Beitrag zu entrichten. Die hiernach sich für jeden einzelnen Arbeitgeber und jeden einzelnen Beitragsmonat ergebenden Beiträge sind auf 10 Pf. aufzurunden. (Beispiel: Entgelt 15,60 M., Beitrag = 8 % von 15,60 = 1,248, aufgerundet auf 1,30 M.).

Der Versicherte muß sich bei der Zahlung des Entgelts seine Beitragshälfte (4 % aufgerundet auf 5 Pf.) abziehen lassen.

Die Arbeitgeber dürfen nur auf diesem Wege den Beitragsanteil des Versicherten wieder einziehen. Sind Abzüge bei einer Honorarzahlung unterblieben, so dürfen sie nur noch bei der nächsten nachgeholt werden, es sei denn, daß die Arbeitgeber die Beiträge ohne ihr Verschulden nachträglich entrichten (§ 178, 179).

Ist der Versicherte gemäß § 390 a. a. O. von der eigenen Beitragsleistung befreit worden — was auf der Versicherungskarte amtlich bescheinigt sein muß —, so haben die Arbeitgeber nur ihre Beitragshälften (4 %) zu entrichten. Die sich hiernach für jeden einzelnen Arbeitgeber und jeden einzelnen Beitragsmonat ergebenden Beiträge sind auf 5 Pf. aufzurunden. (Beispiel: Entgelt 15,60 M., Beitrag = 4 % von 15,60 = 0,624 M., aufgerundet auf 0,65 M.).

Ist der Versicherte während eines ganzen Beitragsmonats nur von einem einzigen Arbeitgeber beschäftigt worden, so sind die Beiträge nach Gehaltsklassen (§§ 16, 172 a. a. O.; Tabelle auf der Versicherungskarte) zu berechnen.

II. Zahlungsfristen.

Die Einzahlung der Beiträge hat bei der Zahlung des Entgelts (Honorars), spätestens am Schluß des Beitragsmonats zu erfolgen. (Bekanntmachung vom 24. Mai 1912 I. B. Abs. 1 — AVN 1913, S. 46).

Für Lehrer und Erzieher können aber auch die im Laufe eines Kalendervierteljahres fällig gewordenen monatlichen Beiträge zusammen, und zwar spätestens bis zum 15. des Monats entrichtet werden, der dem Vierteljahr folgt, für das die Beiträge zu zahlen sind. Die Arbeitgeber haben von der Absicht der vierteljährlichen Zahlung der Reichsversicherungsanstalt Anzeige zu machen (Bekanntmachung vom 31. Oktober 1912, Nr. 2 Abs. 1 — AVN 1913, S. 48). Bei der Beitragsentrichtung für Krankenpfleger, Stundenbuchhalter usw. verbleibt es hingegen bei den Vorschriften des Abs. 1 (monatliche Einzahlung).

III. Haftung der Arbeitgeber. Beauftragung des Versicherten mit der Einzahlung.

Die Arbeitgeber sind verpflichtet, für sich und den Versicherten die fälligen Beiträge an die Reichsversicherungsanstalt portofrei einzuzahlen. Zuwiderhandlungen sind mit Strafe bedroht (§ 340 a. a. O.). Rückständige Beiträge werden von den Arbeitgebern im Verwaltungszwangsverfahren beigetrieben (§ 227 a. a. O.).

Eine Vereinbarung zwischen den Arbeitgebern und dem Versicherten, daß der Reichsversicherungsanstalt gegenüber nur der Versicherte die Verantwortung für die Beitragszahlung tragen solle, ist nichtig (§ 345 Abs. 1 S. 2 und Abs. 2).

Die Arbeitgeber können den Versicherten aber beauftragen, die Beiträge in einer Summe mittels einer Zahlkarte an die Reichsversicherungsanstalt für sie einzuzahlen. Der Reichsversicherungsanstalt gegenüber haften aber auch in diesem Falle ausschließlich die Arbeitgeber; sie sind verantwortlich für die rechtzeitige Beitragsentrichtung, welche von der Reichsversicherungsanstalt überwacht wird.

Durch die Beauftragung des Versicherten mit der Einzahlung der Beiträge wird die Beitragsentrichtung wesentlich vereinfacht; die Arbeitgeber werden deshalb wohl ausnahmslos davon absehen, die Beiträge selbst einzeln einzuzahlen, sondern werden ausschließlich von der Befugnis Gebrauch machen, die Einzahlung durch den Versicherten besorgen zu lassen. In den nachstehenden Vorschriften ist deshalb dieser Regelfall vorangestellt (unten IV).

Die Arbeitgeber sollen der Reichsversicherungsanstalt von der Auftragserteilung Mitteilung machen. Diese Mitteilung kann bei Lehrern und Erziehern mit der oben unter II Abs. 2 Satz 2 verlangten Anzeige verbunden werden und kann etwa folgenden Wortlaut haben:

„Wir zeigen der Reichsversicherungsanstalt an, daß wir die Beiträge für die Klavierlehrerin

Digitized by Google

Fräulein Hedwig Schulze, wohnhaft zu Bruchsal, Wagnerstr. Nr. 11, Oberpostdirektionsbezirk Karlsruhe, vierteljährlich einzahlen werden sowie die Versicherte mit der Einzahlung der Beiträge und der Aufstellung und Einsendung der Liste über die fälligen Beiträge (s. unter IV) beauftragt haben.

(Folgen die Namen der Arbeitgeber unter Angabe des Berufes, des Wohnortes, der Straße und der Hausnummer)."

IV. Einzahlung der Beiträge durch den Versicherten im Auftrage seiner sämtlichen Arbeitgeber. Aufstellung und Einsendung der „Liste" (Vordruck RfA. II Nr. 80).

Die Beitragsentrichtung erfolgt ausschließlich im Postscheckverkehr (Bekanntmachung vom 24. Mai 1912, I. B).

Die fälligen Beiträge hat der Versicherte bei der Postanstalt seines Wohnortes mittels besonderer Zahlkarte (rotbrauner Druck auf rotem Papier) auf das bei dem Postscheckamt in Berlin errichtete Konto der Reichsversicherungsanstalt bar einzuzahlen.

(Inhaber von Postscheckkonten können die Beiträge auch durch Ueberweisung entrichten. Dazu sind die gewöhnlichen Ueberweisungsformulare zu benutzen, von denen der anhaftende Abschnitt von dem Kontoinhaber abzutrennen und zu beseitigen ist. Statt dieses Abschnittes ist der Ueberweisung bei der Uebersendung an das Postscheckamt ein besonderer Gutschriftzettel beizufügen. Diese Gutschriftzettel werden in Blocks zu 50 Stück — zum Preise von 10 Pf. für einen Block — von den Postscheckämtern an die Kontoinhaber abgegeben.)

Die Zahlkartenformulare hat der mit der Einzahlung beauftragte Versicherte bei der Postanstalt seines Wohnsitzes zu beziehen. Sie werden zum Preise von 5 Pf. für 10 Stück verabfolgt; einzelne Formulare werden am Schalter der Postanstalten unentgeltlich abgegeben.

Auf den Formularen ist die Nummer des Postscheckkontos aufgedruckt, welches für Einzahlungen aus dem Bereich des Oberpostdirektionsbezirkes errichtet ist, in welchem der Versicherte seinen Wohnsitz hat. Die 50 Oberpostdirektionsbezirke haben die Kontonummern 30001—30050. Der Versicherte hat stets die Einzahlung bei der Postanstalt seines Wohnsitzes zu bewirken und darf nur die für seinen Oberpostdirektionsbezirk ausgegebenen Zahlkartenformulare benutzen.

Auf der Vorderseite des Zahlkartenabschnittes hat der Versicherte seinen Namen und Wohnsitz (Ort, Straße mit Hausnummer, Postanstalt) sowie die Beitragsmonate des Kalendervierteljahres genau und leserlich anzugeben. Zweckmäßig ist schließlich noch ein Vermerk (unter dem Namen des Versicherten), daß die Beiträge im Auftrage sämtlicher Arbeitgeber eingezahlt sind.

Auf der Rückseite des Zahlkartenabschnittes befindet sich eine zur Nachprüfung der Beitragssumme dienende Kontrollübersicht, deren Ziffer II auszufüllen ist, z. B.:

a) 8 % des Entgelts von 300 M. = 24 M., oder, wenn der Versicherte von der eigenen Beitragsleistung befreit ist:

b) 4 % (§ 390 a. a. O.) des Entgelts von 300 M. = 12 M.

Ferner ist in der letzten Rubrik noch anzugeben, wann die Nachweisung über die fälligen Beiträge (bzw. die „Liste", vgl. unten) abgesandt ist.

Für jede Einzahlung mittels Zahlkarte wird vom Postscheckamt vom Konto der Reichsversicherungsanstalt eine Postgebühr abgebucht. Sie beträgt (ab 1. Juli 1914) bei Einzahlungen bis 25 M. 5 Pf., bei Einzahlungen über 25 M. . . . 10 Pf. (§ 5 des Postscheckgesetzes). Diese Gebühr ist auf Grund des § 181 des Versicherungsgesetzes für Angestellte der Reichsversicherungsanstalt zurückzuerstatten und deshalb mit der Beitragssumme zusammen einzuzahlen; sie ist allein von den Arbeitgebern zu tragen.[1])

Der mit der Zahlkarte verbundene Posteinlieferungsschein wird bei der Einzahlung nach Vollzug des Postvermerks an den Einzahler ausgehändigt. Er dient den Arbeitgebern (bzw. dem von ihnen beauftragten Versicherten) als Quittung über die eingezahlten Beiträge. Er ist vom Versicherten sorgsam aufzubewahren.

Der Versicherte hat gleichzeitig mit der Beitragszahlung eine „Liste der vom Versicherten im Auftrage seiner sämtlichen Arbeitgeber eingezahlten Beiträge" einzusenden. Hierzu sind die Vordrucke RfA. II Nr. 80 zu verwenden, die der Versicherte unentgeltlich bei der Ausgabestelle seines Wohnorts oder, falls dort keine vorrätig sein sollten, vom Direktorium der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, Berlin-Wilmersdorf, Hohenzollerndamm 193/195, erhält. (§§ 181, 187 a. a. O.; Bekanntmachung des Direktoriums vom 16. Juni 1914.)

Die Vordrucke können sowohl bei vierteljährlicher (für Lehrer und Erzieher) als auch bei monatlicher (für sonstige Angestellte; s. oben II) Beitragszahlung verwendet werden.

Bei jeder neuen Beitragszahlung ist eine neue Liste einzusenden; die Reihenfolge der Arbeitgeber (Spalte 2) ist möglichst ständig beizubehalten. Es empfiehlt sich, bereits bei der Absendung der Liste über die fälligen Beiträge die neue Liste für den nächsten Monat bzw. (bei Lehrern und Erziehern) für das nächste Kalendervierteljahr anzulegen und nach Ablauf eines jeden Monats das erhaltene Honorar einzutragen.

Jede einzelne Rubrik der Liste ist sorgsam und leserlich auszufüllen.

Die Liste ist mit Briefporto zu frankieren; die Portokosten haben die Arbeitgeber zu tragen.

V. Einzahlung der Beiträge durch die einzelnen Arbeitgeber selbst. Aufstellung und Einsendung der Uebersicht und Veränderungsanzeigen.

Falls die Arbeitgeber von der Befugnis, die Einzahlung der Beiträge durch den Versicherten be-

[1]) Bis zum 30. Juni betrug die Postgebühr für jede Einzahlung mittels Zahlkarte 12 Pf.

Digitized by Google

sorgen zu lassen, nicht Gebrauch machen wollen, so hat jeder einzelne Arbeitgeber die Beiträge selbst einzuzahlen. Die Ausführungen unter IV über die Entrichtung der Beiträge im Postscheckverkehr gelten entsprechend. Die einzelnen Arbeitgeber haben jedoch stets die Einzahlungen bei der Postanstalt ihres Wohnorts zu bewirken und dürfen nur die für ihren Oberpostdirektionsbezirk ausgegebenen Zahlkartenformulare verwenden. Ferner haben sie auf der Vorderseite der Zahlkartenabschnitte ihren Namen, Wohnort usw. anzugeben.

Gemäß § 181 a. a. O. hat jeder einzelne Arbeitgeber bei der ersten Beitragszahlung eine Uebersicht über die fälligen Beiträge einzusenden. Ferner hat er bei der zweiten und den folgenden Beitragsleistungen eine Veränderungsanzeige einzusenden, wenn die Höhe oder Berechnung eines Beitrags gegen die des Vormonats abweicht, oder wenn der Versicherte aus seinem Dienst ausscheidet (Abgang), oder wenn ein anderer Versicherter in seinen Dienst eintritt (Zugang). Zu diesen Uebersichten und Veränderungsanzeigen können in dem vorliegenden Falle der Beschäftigung eines Versicherten durch mehrere Arbeitgeber während des Kalendermonats neben gewöhnlichen Vordrucken RfA. II Nr. 3 auch besondere Postkartenvordrucke benutzt werden, die von den Ausgabestellen der Angestelltenversicherung unentgeltlich verabfolgt werden. Bei vierteljährlicher Beitragszahlung (für Lehrer und Erzieher, die bei mehreren Arbeitgebern während eines Beitragsmonats tätig sind; s. oben II) sollen diese Postkartenvordrucke von den Arbeitgebern ausschließlich benutzt werden.

VI. Vermerk der Beitragsentrichtung in der Versicherungskarte.

Die Verwendung von Marken ist ausgeschlossen (Bekanntmachung des Direktoriums v. 24. Mai 1912, durch welche die Vorschriften des § 187 a. a. O. über die Quittungsleistung durch Marken außer Kraft gesetzt worden sind).

Die Einzahlung der Beiträge an die Reichsversicherungsanstalt haben die Arbeitgeber in der Versicherungskarte durch Eintragung des vollen, an die Reichsversicherungsanstalt abgeführten Beitrags und Beischrift ihres Namens handschriftlich oder durch Stempel zu vermerken. Eine Einsendung der Versicherungskarte an die Reichsversicherungsanstalt zur Kontrolle ist ohne deren besonderes Anfordern zu unterlassen.

Wenn der Versicherte vermeiden will, daß ein Arbeitgeber das von den andern Arbeitgebern gezahlte Entgelt erfährt, so kann er sich von der Ausgabestelle mehrere Versicherungskarten ausstellen lassen und gleichzeitig benutzen.

Die Arbeitgeber können den Versicherten ferner bevollmächtigen, in ihrer Vertretung den Vermerk in der Versicherungskarte einzutragen.

Es genügt, wenn für die Einzahlung sämtlicher Beiträge eines Monats eine einzige Querspalte benutzt wird und der Versicherte nur seinen eigenen Namen angibt, mit dem Zusatz: „In Vertretung."

Falls der Versicherte auf eine Handhabe zur Nachprüfung der ihm erwachsenen Anwartschaften auf die Versicherungsleistungen keinen Wert legt, kann er auch gänzlich auf den Eintrag in der Versicherungskarte verzichten. Die Grundlage für die Berechnung der Versicherungsleistungen ist lediglich das bei der Reichsversicherungsanstalt angelegte und weitergeführte Konto des Versicherten.

Ein Verzicht auf die Ausstellung der Versicherungskarte ist jedoch nicht zulässig.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversichernng" 1914.)

Nr. 9. Die Bureauangestellte eines Rechtsanwalts, die täglich 1 bis 2 Stunden mit der Aufnahme von Stenogrammen nach Diktat und mit der Uebertragung der Stenogramme auf die Schreibmaschine beschäftigt ist (Stenotypistin), ist versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte. (S. 211)

Nr. 10. Ein Lebensversicherungsvertrag ist rechtswirksam zustande gekommen, sobald der Versicherungsnehmer dem zum Vertragsschluß seitens der Gesellschaft ermächtigten Agenten den schriftlichen Versicherungsantrag vorgelegt und sich mit der von diesem unter der Bedingung einer bestimmten Karenzzeit abgegebenen Annahmeerklärung mündlich einverstanden erklärt hat. (S. 213)

F. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Zur Stellung eines Zuschneiders.

Urteil des **Reichsgerichts**, 3. Zivilsen. v. 21. April 1914

Nach § 133 f ist eine Vereinbarung zwischen dem Gewerbeunternehmer und einem der im § 133a bezeichneten Angestellten, durch die der Angestellte für die Zeit nach Beendigung des Dienstverhältnisses in seiner gewerblichen Tätigkeit beschränkt wird, für den Angestellten nur insoweit verbindlich, als die Beschränkung nach Zeit, Ort und Gegenstand nicht die Grenzen überschreitet, durch welche eine unbillige Erschwerung seines Fortkommens ausgeschlossen wird. Die in dem Vertrage von 21. September 1912 enthaltene

Digitized by Google

Bestimmung, die dem Kläger untersagte, innerhalb dreier Jahre nach seinem Austritt aus dem Geschäfte der Beklagten ohne deren Zustimmung in ein anderes Geschäft in Siam einzutreten, ist eine Vereinbarung, wie sie § 133 f GewO. im Sinne hat. Einer Prüfung ihrer Verbindlichkeit unter Zugrundelegung der im § 133 f bezeichneten Gesichtspunkte bedarf es jedoch nur, wenn der Kläger zu den im § 133 a GewO. bezeichneten Personen, d. h. zu denjenigen gehört, welche nicht lediglich vorübergehend mit der Leitung oder Beaufsichtigung des Betriebs oder einer Abteilung desselben beauftragt (Betriebsbeamte, Werkmeister und ähnliche Angestellte) oder mit höheren technischen Dienstleistungen betraut sind (Maschinentechniker, Bautechniker, Chemiker, Zeichner u. dergl.). Wie der erkennende Senat bereits in dem Urt. vom 3. Februar 1911 (JW. 1911, 334 Nr. 40) ausgesprochen hat, wird ein Zuschneider zu den mit höheren technischen Dienstleistungen betrauten Angestellten nur ganz ausnahmsweise, bei besonders hervorragender Befähigung und bei einer Beschäftigung in Geschäften ersten Ranges gerechnet werden können. Solche Verhältnisse lagen hier nicht vor. Die Stellung eines Betriebsbeamten im engeren Sinne wird, wie ebenfalls schon in dem erwähnten Urteil ausgesprochen ist, für einen Zuschneider überhaupt nicht in Frage kommen. Dagegen kann ein Zuschneider nach den besonderen Verhältnissen des einzelnen Falles möglicherweise als Werkmeister anzusehen sein. Kläger hatte nun zwar zusammen mit einem älteren Zuschneider die Aufsicht über die im Geschäfte der Beklagten beschäftigten etwa 30 Schneider auszuüben, auch über deren Zeiteinteilung zu befinden, für Aufrechterhaltung von Sitte und Ordnung in der Werkstatt zu sorgen, die Fertigstellung der Arbeit in den Händen der Arbeiter zu beaufsichtigen und zu leiten und den Gang und die Einrichtung des Betriebes zu bestimmen, soweit er in seinen Geschäftsbereich fiel; auch waren die Arbeiter ihm gegenüber zum Gehorsam verpflichtet. Allein das genügt nicht, um von einer Leitung oder Beaufsichtigung des Betriebes oder einer Abteilung des Betriebes zu sprechen. Entscheidend muß für die Stellung des Klägers in Betracht kommen, ob er überwiegend eine leitende oder beaufsichtigende Tätigkeit oder ob er überwiegend eine rein handwerksmäßige Tätigkeit ausübte. Nach seiner eigenen Behauptung wurde seine Zeit hauptsächlich durch seine handwerksmäßige Tätigkeit als Zuschneider in Anspruch genommen. Die beaufsichtigende und leitende Tätigkeit trat also gegenüber jener Tätigkeit zurück. Auch in der beaufsichtigenden und leitenden Tätigkeit war der Kläger nicht selbständig, sondern er übte sie gemeinschaftlich mit einem älteren Zuschneider aus. In bezug auf Anstellung und Entlassung von Arbeitern hatte er keine Befugnisse. Kläger kann daher nicht als Werkmeister angesehen werden. § 133 f GewO. findet mithin keine Anwendung.

Kosten eines ärztlichen Zeugnisses über Arbeitsunfähigkeit des Gewerbegehilfen.

Aus einem Urteile des Gewerbegerichts Charlottenburg vom 2. September 1913.

Nach § 123 in Verbindung mit § 124 a RGO. können Gesellen und Gehilfen vor Ablauf der vertragsmäßigen Zeit und ohne Aufkündigung entlassen werden, wenn außer den 8 Fällen des § 123 RGO. „wichtige Gründe" vorliegen. Als solchen wichtigen Grund bezeichnet die Beklagte das Verhalten der Klägerin, weil sie ihr über ihre Erkrankung am 26. Juli 1913 die Unwahrheit gesagt habe. Diese Ansicht ist rechtsirrtümlich. Durch Vorlegung des ärztlichen Attestes des praktischen Arztes Dr. R. hat Klägerin nachgewiesen, daß sie am 26. Juli d. J. früh bei dem Arzte gewesen ist und von ihm für arbeitsunfähig an diesem Tage angesehen worden ist. Zur Einreichung eines ärztlichen Attestes ohne Vorausbezahlung der Kosten hierfür war die Klägerin nicht verpflichtet. Selbst wenn angenommen wird, daß die Klägerin entsprechend dem Wunsche der Beklagten zur Einreichung eines ärztlichen Attestes infolge ihrer Krankheit nach dem Dienstvertrage verbunden war, war die Beklagte doch gehalten, der Klägerin als ihrer Gehilfin die Kosten hierfür nicht nur zu ersetzen, sondern dem Verlangen des Vaters der Klägerin entsprechend auch vorzuschießen. Die Aufforderung zur Beschaffung des Attestes ist nach dem BGB. ein Auftrag, und der Beklagte kann nach § 670 BGB. Ersatz seiner Aufwendungen und nach § 669 BGB. Vorschuß hierzu verlangen.

Die Forderung des Vaters der Klägerin, ihm die Kosten für die Beschaffung des Attestes vorzustrecken, war daher rechtlich begründet (vgl. Liebrecht im Jahrbuch des Kaufmannsgerichts Berlin Bd. 2 S. 125/6 sowie Entscheidung des KG. Berlin vom 23. Juni 1906, Jahrbuch I S. 274 Nr. 111).

Die Beklagte kann nun deshalb, weil ihr das ärztliche Attest erst im Spruchtermin am 2. September 1913 überreicht worden, Zahlung der Vergütung nicht ablehnen, weil sie bei rechtzeitiger Einreichung des Attestes ihre Kündigung zurückgenommen hätte und dadurch in die Lage versetzt worden wäre, bis zum Ablauf der Kündigungsfrist von der Klägerin Leistung der Dienste für die Vergütung zu erlangen. Diese Berechtigung nach § 615 BGB. hat Beklagte selbst dadurch verwirkt, daß sie nicht rechtzeitig der Klägerin die Kosten für das ärztliche Attest vorgestreckt hat.

Digitized by Google

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Maßnahmen der Krankenkassen für die Kriegszeit.

In einem Rundschreiben des österreichischen Ministeriums des Innern an die politischen Landesbehörden wird darauf hingewiesen, in welcher Weise — abgesehen von gesetzlichen Eingriffen — teils durch die Kassen selbst, teils durch die Aufsichtsbehörden gewisse Maßnahmen zur Sicherung der Leistungsfähigkeit der Kassen und zur Verhütung schwerer Mißstände in der Kriegszeit getroffen werden können und müssen. Die Hinweise sind auch für die deutschen Krankenkassen gleich beachtenswert. Wir heben daraus folgendes hervor:

I. Einschränkung der Kasseleistungen. Die Kassen sind selbstverständlich auch gegenwärtig an die Vorschriften des Gesetzes und des Statuts gebunden und müssen ihre Tätigkeit in diesem Rahmen halten. Allein die dringende Notwendigkeit, die verfügbaren Kassemittel zusammenzuhalten und darauf zu sehen, daß sie nur den Schwerkranken, auf die Kasseunterstützung Angewiesenen, zugute kommen, rechtfertigt Maßnahmen der Kassen, die sicherstellen, daß bei Gewährung der Kasseleistungen der strengste Maßstab angelegt werde. In dieser Beziehung ist gewiß auch darauf zu rechnen, daß die Aerzte in verständnisvoller Weise mit den Kassen zusammenwirken. Als Maßnahmen, die allgemein empfohlen werden können, sind die folgenden, aus einem von Wiener Krankenkassen im Einverständnis mit ihren Aerzten erlassenen Zirkular entnommenen Grundsätze hervorzuheben:

1. Alle nicht schwer Kranken und alle nicht absolut arbeitsunfähigen Mitglieder wären aus dem Krankenstand zu entlassen. In den Krankenstand sollen nur Schwerkranke aufgenommen werden, soweit nicht in einzelnen Fällen die besondere Art der Erkrankung eine absolute Berufsunfähigkeit zur Folge hat.

Von der Aufnahme in den Krankenstand wären alle leicht Erkrankten (Rheumatismus, leichte Bronchitiden, Magenkatarrh usw.) und alle voraussichtlich kurzfristigen Erkrankungen (leichte Anginen, Influenza usw.) auszuschließen.

2. Die Spitalsaufnahme wäre nicht nur im Interesse der Kassenmitglieder, sondern auch mit Rücksicht auf die Bereitstellung der Spitäler für Kriegszwecke nur bei absoluter Unerläßlichkeit zu verfügen. Namentlich wäre die Spitalsüberweisung auch in Fällen nicht dringlicher, aufschiebbarer Operationen zu vermeiden.

3. Die Vornahme nicht dringlicher Operationen wäre auch im übrigen zu sistieren.

4. Die Entsendung von Mitgliedern zum Landaufenthalt, in Kurorte oder Rekonvaleszentenhäuser, dann die Gewährung von Badekuren wäre vollständig einzustellen. Mineralwässer wären nicht zu verordnen.

5. Die medikamentöse Behandlung, ebenso die Gewährung von therapeutischen Behelfen wäre auf das notwendigste einzuschränken. Namentlich erscheint die größte Sparsamkeit mit Verbandzeug wegen des großen Bedarfes in nächster Zeit dringend geboten.

Allen nach dem Krankenversicherungsgesetz eingerichteten Krankenkassen wird dringend zu empfehlen sein, diese Grundsätze streng zu befolgen und auch die Kassenärzte entsprechend zu informieren. Selbstverständlich sind diese Maßnahmen nur als Notverfügungen zu betrachten, die bei Wegfall des Notstandes wieder der normalen Kassenpraxis Platz machen müssen.

II. Hereinbringung der Beiträge. Die Krankenkassen könnten, wenn sie auf die verfügbaren Bestände ihrer Reservefonds allein angewiesen wären, die Kassenleistungen selbst bei äußerster Sparsamkeit nur durch kurze Zeit, die bei vielen unter ihnen nur wenige Wochen zählen würde, gewähren. Sie sind, wie keine andere der sozialen Versicherungsinstitute, auf den regelmäßigen Eingang der Versicherungsbeiträge angewiesen. Die pünktliche Zahlung der Beiträge ist daher eine Pflicht, der sich die vom Gesetz hierzu Herangezogenen im öffentlichen Interesse nicht entziehen dürfen. . . .

Die Unterbehörden werden anzuweisen sein, die Bemühungen der Krankenkassen zur Sicherstellung einer pünktlichen Einzahlung der Versicherungsbeiträge auf das tatkräftigste zu unterstützen. Als Richtschnur soll hierbei den Krankenkassen und den Behörden dienen, daß ein nachsichtiges Vorgehen zwar dort am Platz ist und in weitgehender Weise geübt werden soll, wo wegen Einberufung zum Militärdienst oder im Zusammenhang mit der Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage tatsächlich ein schwerer wirtschaftlicher Notstand eingetreten ist, daß aber ein nachsichtiges Vorgehen nicht am Platz wäre, wenn die Zahlungssäumnis nur auf Zahlungsunwilligkeit zurückzuführen ist. Nach eingelangten Meldungen sind die Fälle zahlreich, in denen Arbeitgeber auch die den Arbeitern vom Lohn abgezogenen Beiträge an die Krankenkassen nicht abführen*). Ein solches Vorgehen ist auf das schärfste zu verurteilen. Vorkommendenfalls wird hiergegen mit allen zu Gebote stehenden Mitteln vorzugehen sein.

Sind gegen Zahlungsaufträge Einwendungen erhoben worden, so ist das weitere Verfahren mit aller Beschleunigung durchzuführen. Beziehen sich die Einwendungen nur auf einen Teilbetrag der Zahlungsforderung, so ist die Rechtskraftbestätigung zum Zweck der Exekution für den nicht angefochtenen Teil sofort zu erteilen.

Quittungskarten der zu den Fahnen Einberufenen.

Der Vorstand der Landesversicherungsanstalt Königreich Sachsen hat hierüber folgende Bestimmungen getroffen (Bek. v. 24. August 1914):

Zur Beseitigung mehrfach ausgesprochener Zweifel wird, bez. auf Grund von Ziff. 15 der Anweisung über das Verfahren mit Quittungskarten vom 25. Juni 1912 folgendes bestimmt:

1. Bei den Einzugsstellen hinterlegte Quittungskarten von Versicherten, die zu den Fahnen einberufen worden sind, können dort in Voraussetzung sicherer Verwahrung verbleiben. Damit ihre Gültigkeit nicht erlischt, sind sie vor deren Ablauf umzutauschen (§ 1420 RVO.).

2. Werden Quittungskarten für zu Kriegsdiensten einberufene Versicherte anderwärts, ins-

*) Strafbar nach § 533 RVO.

Digitized by Google

besondere von Angehörigen oder Arbeitgebern aufbewahrt, so ist diesen dringend zu empfehlen, die Karte zur Vermeidung ihrer Ungültigkeit rechtzeitig, das ist vor Ablauf von zwei Jahren vom Ausstellungstage ab gerechnet, zum Umtausche vorzulegen. Der Umtausch erfolgt für Versicherte, die einer Krankenkasse angehören, bei dieser, im übrigen bei der Gemeindebehörde des Beschäftigungs- bzw. Wohnortes.

3. Aufgerechnete Quittungskarten aller Art sind bis auf weiteres spätestens nach zwei Monaten, vom Aufrechnungstage ab gerechnet, an die Landesversicherungsanstalt einzusenden.

Die Entwickelung des Unterstützungswesens in den deutschen Gewerkschaften.

Die Gewerkschaftsbewegung hat in den letzten Jahrzehnten einen großen Aufschwung genommen. Im Jahre 1913 zählen an Mitgliedern: Die freien (sozialdemokratischen) Gewerkschaften 2 530 390, die Hirsch-Dunckerschen Gewerkvereine 109 225, die Christlichen Gewerkschaften 344 687, eine Anzahl unabhängige lokale Arbeitervereinigungen 310 197, etwa 70 Privatangestelltenverbände 907 383. Zu der äußeren Ausdehnung trat aber auch eine innere Ausgestaltung ihrer Leistungsfähigkeit. Besonders die Unterstützungseinrichtungen haben bei fast allen Gewerkschaften eine Erweiterung erfahren. Das Bestreben der Mitglieder, sich für die Fälle der Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit eine Hilfe und Unterstützung zu sichern, begegnete sich mit dem Wunsche der Gewerkschaftsverwaltungen, die Mitglieder durch solche Einrichtungen an die Organisation zu fesseln. Auch stellte sich heraus, daß das Unterstützungswesen werbend und agitatorisch auf die den Organisationen noch fern stehenden Arbeiterkreise wirkt. Die früher vorherrschende Ansicht, die Gewerkschaften müßten reine Kampforganisationen sein, die sich nicht mit Unterstützungszwecken belasten, ist fast ganz verschwunden. Waren bei den freien Gewerkschaften früher die Streik- und Gemaßregelten-Unterstützungen die hauptsächlichsten Ausgabepositionen, so sind es heute die Unterstützungseinrichtungen. So verausgabten im Jahre 1913 die freien Gewerkschaften für Unterstützungszwecke 31 188 277 M., für Streiks- und Lohnbewegungen aber nur 16 604 756 M. Das ergibt pro Mitglied 11,87 M. bezw. 6,88 M. Die Hirsch-Dunckerschen Gewerkvereine verausgabten an Unterstützungen 430 066 M. (4,03 M. pro Mitglied) und für Lohnkämpfe 459 449 M. (4,31 M. pro Mitglied). Bei den Christlichen Gewerkschaften ist der Unterschied am größten: sie verausgabten für Unterstützungen 1 509 007 M. (pro Mitglied 4,40 M.) und für Lohnbewegungen 989 631 M. (pro Mitglied 2,89 M.).

Die Unterstützungen sind verschiedenster Art. Auch die Voraussetzungen für die Fürsorge (Wartezeit usw.) und der Umfang der Unterstützung (Höhe und Dauer der Leistungen usw.) sind sehr verschieden. Es tritt indes deutlich die Tendenz hervor, insbesondere jene Fürsorgegebiete auszugestalten, die von der sozialen Versicherung noch nicht erfaßt werden.

Auf Grund der seitherigen Ueberlieferungen ist allerdings gegenwärtig die Arbeitsunfähigen-(Kranken-)Unterstützung noch der umfangreichste Unterstützungszweig. Die freien Gewerkschaften verausgabten im Jahre 1913 dafür 13 511 831 M. Das ist pro Mitglied 5,30 M. Die Höhe des Krankengeldes schwankt von 25 Pf. (bei den Glasarbeitern) bis zu 3,— M. (bei den Notenstechern) pro Tag. Die Dauer der Bezugsberechtigung schwankt von 20 bis 365 Tagen. Der Beginn der Bezugsberechtigung ist meist an eine einjährige Mitgliedschaft gebunden. Der Metallarbeiter-Verband gab im Jahre 1913 allein 4 218 896 M. an Krankengeldern aus. Die Hirsch-Dunckerschen Gewerkvereine verausgabten für Krankenunterstützung 805 096 M., die Christlichen Gewerkschaften 816 682 M.

Die größte Ausgestaltung hat die Arbeitslosenfürsorge gefunden. Von den 47 der freien Gewerkschaftsbewegung angehörenden Zentralverbänden hatten im Jahre 1913 allein 42 diese Fürsorge. Sie verausgabten dafür 11 532 930 M. oder 4,52 M. pro Mitglied (gegen 3,06 M. im Jahre 1912). Auch hier ist die Bezugsberechtigung meist an eine einjährige ununterbrochene Mitgliedschaft geknüpft. Die Unterstützung schwankt von 50 Pf. bis 3,00 M., in den meisten Fällen beträgt sie 1,00 M. pro Tag. Außer dieser direkten Arbeitslosen-Unterstützung wendeten die freien Gewerkschaften noch 1 506 247 M. für Reise- und 431 127 M. für Umzugs-Unterstützungen auf. Die Hirsch-Dunckerschen Gewerkvereine wendeten für alle diese Unterstützungen 347 449 M. (3,81 pro Mitglied und die Christlichen Gewerkschaften 285 755 M. (1,24 pro Mitglied) auf. Auch bei den Angestellten-Verbänden erhält die Stellenlosigkeits-Unterstützung eine immer größere Bedeutung. Die 70 Verbände der Handlungsgehilfen, Techniker, Bureaubeamten, landwirtschaftlichen Beamten, Werkmeister, Zuschneider usw. wendeten im Jahre 1912 zusammen 521 827 M. an Stellenlosen-Unterstützung auf.

Eine sehr häufig anzutreffende Unterstützung ist noch die Beihilfe in Sterbefällen. Nur drei der freien Gewerkschaften besitzen sie nicht; bei 27 dieser Organisationen erstreckt sich die Unterstützung auch auf das Ableben der Ehefrau. Die Unterstützungen betragen, von einigen Ausnahmen abgesehen, 60 bis 100 M. Etwa die Hälfte dieser Gewerkschaften kennt eine Notfall-Unterstützung. Sie wird nur in außergewöhnlichen Hilfsbedürftigkeitsfällen gewährt und hängt hinsichtlich ihrer Bewilligung im Einzelfall sowie in ihrer Höhe ganz von den Beschlüssen der Verwaltungsorgane der Gewerkschaften ab. Die Wartezeit für die Bezugsberechtigung beträgt ausnahmslos ein Jahr. Die Unterstützung pro Fall darf die Höhe von meist 40 bis 50 M. nicht übersteigen. Eine Invaliden-Unterstützung wird nur noch von 6 Gewerkschaften gewährt.

Alle die Unterstützungen „können" von den Verbänden nur gewährt werden. Damit entgehen diese der Unterstellung unter das Gesetz betr. die privaten Versicherungseinrichtungen. Trotz dieser Regelung wird noch keinem Mitglied, daß einen begründeten Anspruch auf eine Leistung hat, diese versagt worden sein.

Zur Frage der Dienstbotenkrankenversicherung.

Zur Klärung verschiedener Fragen der Dienstbotenkrankenversicherung hat die Zentralstelle des deutschen Städtetages eine Rundfrage bei den Verbandsmitgliedern veranstaltet, insbesondere auch darüber, inwieweit die Städte sich bereits schlüssig geworden sind, die Krankenhausabonnements aufzuheben oder beizubehalten, und inwieweit Versicherungsvereine für die Rückversicherung der Herr-

Digitized by Google

schaften bestehen. Aus den, freilich nur vorläufigen, Feststellungen teilen wir auszugsweise folgendes mit:

I. Auf Grund des § 440 RVO. sind von der früheren landesrechtlichen Versicherung her die bestehenden besonderen städtischen Ortskrankenkassen für (häusliche) Dienstboten aufrecht erhalten worden (unter Anpassung an die Reichsversicherungsordnung) in Dresden, Mainz und Mannheim.

In Dresden war der Vorstand der allgemeinen Ortskrankenkasse unter Berufung auf ein Gutachten von Stier-Somlo dagegen vorstellig geworden, welches ausführt, daß unter landesrechtlicher Fürsorge im Sinne des § 440 Abs. 1 RVO. keine ortsgesetzliche Regelung verstanden werden könne. Das Sächsische Ministerium des Innern hat diese Auffassung abgelehnt und einen Bescheid des Reichskanzlers (Reichsamt des Innern) herbeigeführt, der ebenfalls ausführt, daß keine Bedenken bestehen, den § 440 Abs. 1 dahin zu verstehen, daß auch eine nur ortsstatutarisch geregelte Krankenfürsorge für Dienstboten beibehalten werden könne.

II. Landkrankenkassen sind bisher eingerichtet worden:

1. Durch Gemeindebeschluß in den Stadtkreisen Berlin-Wilmersdorf, Bielefeld, Bochum, Buer, Dortmund, Düsseldorf, Eberswalde, Göttingen, Hagen, Herford, Hildesheim, Potsdam, Stettin.

2. bei folgenden nicht kreisfreien Städten für den Landkreis (durch Kreistagsbeschluß): Düren, Hohensalza, Sterkrade (Kr. Dinslaken),

3. durch Anordnung des Oberversicherungsamtes in Brandenburg: Spandau, Stargard.

Die Errichtung von Landkrankenkassen ist landesgesetzlich ausgeschlossen in Bayern (für die kreisunmittelbaren Städte, d. i. über 15 000 Einwohner), Baden, Württemberg.

III. Besondere Grundsätze oder Richtlinien für die Leistungsfähigkeit der Arbeitgeber im Sinne der Ziffer 2 § 418 RVO. haben zahlreiche Ortskrankenkassen aufgestellt, wobei eine Stadt (Oppeln) hervorhebt, daß das Versicherungsamt die „Festsetzung" solcher Grundsätze für unzulässig erklärt und nur die Befolgung gewisser Richtlinien zuläßt. Nach der Art der Regelung zerfallen die Ortskrankenkassen in zwei Hauptgruppen:

solche, welche ein Mindesteinkommen (teilweise auch Mindestvermögen) fixiert haben und

solche, welche für jeden Dienstboten die Hinterlegung einer bestimmten Summe verlangen.

Bei der ersten Gruppe findet sich manchmal eine Abstufung nach der Zahl der Dienstboten und vereinzelt (Oppeln) eine verschiedene Mindestsumme, je nachdem der Arbeitgeber Beamter oder Privatmann ist. Stets neben dem Einkommen noch Vermögen wird nur von 2 Ortskrankenkassen verlangt (Breslau und Liegnitz).

IV. Die bestehenden Krankenhausabonnements sind fast alle aufgehoben worden. Meist scheint es sich hierbei um eine definitive Aufhebung zu handeln.

Soweit nähere Gründe für die Aufhebung mitgeteilt sind, wird übereinstimmend hervorgehoben, daß volle Leistungen eine die Krankenkassenbeiträge überschreitende Beitragserhebung bedingen würden. Von einigen Städten wird auch bemerkt, daß die Unkosten schon bisher nicht gedeckt worden seien.

V. Versicherungsvereine, die bereits früher bestanden haben und ihre Leistungen den neuen Verhältnissen angepaßt haben, sind nur von Groß-Berlin, Leipzig und Straßburg gemeldet.

Der Groß-Berliner Verein umfaßt zurzeit Berlin und eine große Anzahl von Vororten; Ausdehnung auf weitere Ortschaften des Regierungsbezirks Potsdam ist vorgesehen. Der Beitrag ist für die verschiedenen Gemeinden nach dem Barlohn für männliche und weibliche Dienstboten verschieden abgestuft. Der Verein gewährt diejenigen Unterstützungen, welche die Dienstboten von der Krankenkasse zu beanspruchen hätten. Art und Umfang der Leistungen der betr. Krankenkasse werden jedem Mitglied beim Eintritt in den Verein bekannt gegeben.

In Leipzig wird der Verein von der Kreishauptmannschaft, der er nach dem Reichsgesetz über die privaten Versicherungen untersteht, für lebensfähig angesehen. Die neuen Satzungen sind noch nicht endgültig. Sie sehen Krankenhilfe bis 40 Wochen vor. (Aerztliche und zahnärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei und anderen ärztlich verordneten Heilmitteln, Krankenhausbehandlung, ferner Krankengeld bzw. bei Krankenhauspflege Teilkrankengeld.) Die Dienstboten sind in 5 Klassen eingeteilt, nach Geschlecht und Alter. Nach diesen sind die Beiträge abgestuft von jährlich 12 bis 38 Mark.

Straßburg. Hier besteht eine Versicherungsgesellschaft der Beamtenvereinigung für kranke Dienstboten: „Straßburger Dienstboten-Krankenkasse". Nach den neuen Satzungen bezweckt die Gesellschaft die Uebernahme aller Verpflichtungen, welche die versicherten Dienstherrschaften infolge der erweiterten Befreiung zu erfüllen haben. Jahresbeitrag 20 Mark.

Eine lokale Neugründung ist nur aus Breslau und Lüneburg berichtet. In Breslau hat sich ein „Dienstbotenkrankenversicherungsverein auf Gegenseitigkeit von Dienstherrschaften" gebildet (Satzung vom Februar 14), der seinerseits wieder einen Rückversicherungsvertrag mit der „Nord-West-Deutschen Versicherungsgesellschaft in Hamburg" abgeschlossen hat. Die Beiträge, die der Verein erhebt, sind nach dem Barlohn abgestuft (jährlich 14—62,06 M.). Der Verein gewährt eine Unterstützung, die den Leistungen der Ortskrankenkasse gleichwertig ist. In Lüneburg hat eine Anzahl Dienstherrschaften einen „Rückversicherungsverband gegen Erkrankung von Dienstboten" gegründet mit Beiträgen von 26,52 bzw. 32,56 M. je nach Höhe des Lohns. Der Verband erstattet die während des voraufgegangenen Halbjahrs entstandenen Kosten nachträglich: Kosten für ärztliche Behandlung, Arznei und Krankengeld (Krankenpflege bis zu 26 Wochen); die Herrschaft kann stets Unterbringung im Krankenhause wählen, woneben ein Krankengeld nicht gezahlt wird. Die entstandenen Kosten sind in einer Summe dem Verband anzuzeigen. Belege werden nicht verlangt. Der Verband hat rund 170 Mitglieder und ist voraussichtlich lebensfähig.

Eine Gründung für ganz Preußen ist erfolgt in der „Preußischen Dienstbotenkrankenkasse V. a. G." Sitz in Barmen. Die Dienstboten sind nach Lohn in 5 Klassen geteilt. Es sind Jahresbeiträge von 22 bis 44 Mark vorgesehen. Der Verein gewährt die Leistungen der Krankenkassen (Krankenhilfe, Wochenhilfe, Sterbegeld, Familienhilfe). Die Genehmigung auf Grund des § 4 des Reichsgesetzes über die privaten Versicherungsunternehmungen ist unter dem 13. April d. J. erfolgt. Der Verein umfaßt bisher rund

Digitized by Google

900 Dienstboten. Ursprünglich war eine Gründung für das ganze Deutsche Reich beabsichtigt, die aber nicht die Genehmigung des Kaiserl. Aufsichtsamts für Privatversicherung fand.

Die Unfallversicherung in der Metallindustrie im Jahre 1913.

Die Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaften, die insbesondere die deutsche Schwereisenindustrie umfassen, haben nunmehr sämtlich ihre Berichte auf das Jahr 1913 erscheinen lassen. Dieses Jahr ist das erste, in dem die neuen Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung über die Unfallversicherung in Kraft waren. Die Berichte zeigen denn auch manche Veränderungen gegenüber ihren Vorgängern.

Die Zahl der versicherten Vollarbeiter hat wieder eine wesentliche Zunahme erfahren. Ein Beweis, daß die wirtschaftliche Krise wenigstens im Jahre 1913 die Metallindustrie noch nicht allzu arg mitgenommen hat. Die acht Berufsgenossenschaften, die weiter unten genannt sind, hatten im Berichtsjahr zusammen 1 459 091 Vollarbeiter, an die 2 062 100 444 M. an Löhnen ausbezahlt wurden. Auf den einzelnen Arbeiter entfällt damit die Summe von 1413 M. Im Vorjahr 1913 betrug die Zahl der Arbeiter 1 409 816, die 1 892 784 410 M. an Löhnen (1343 M. im Durchschnitt pro Arbeiter) erhielten. Seit dem Jahre 1904 hat sich die Summe der ausgezahlten Löhne nahezu verdoppelt. Die umfangreichste hierher gehörende Berufsgenossenschaft ist die für den Maschinenbau und die Kleineisenindustrie, die 288 309 Vollarbeiter verzeichnet. Die höchsten Löhne verzeichnet die Rhein.-Westfälische Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft mit 1741 M. pro Arbeiter. Die niedrigsten Löhne hat die Schlesische Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft mit 1151 M. pro Arbeiter aufzuweisen.

Die acht Berufsgenossenschaften hatten zusammen eine Ausgabe von rund 80 Millionen Mark. Obenan steht die Rheinisch-Westfälische Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft mit 6 551 675 M. Die geringsten Aufwendungen hatte die Südwestdeutsche Eisenberufsgenossenschaft mit 1 991 722 M. Der weitaus größte Teil der Aufwendungen (etwa 4/5) entfällt auf die Entschädigungsbeträge. Auf den Kopf der versicherten Person berechnet entfallen bei den einzelnen Berufsgenossenschaften in Mark:

Berufsgenossenschaft	Entschädig.-beträge	Einlag. in Reserv.	Sonstige Kosten	Allgem. Verwalt.	Zusammen
Südd. Eis.- u. Stahl-B.-G. . .	13,32	1,56	0,69	1,18	16,76
Südwst. Eisen-Berufs-Gen. . .	19,05	4,82	0,84	1,46	26,20
Rh.-Wstf. Hütt. u. Walzw.B.-G.	26,97	1,64	0,86	1,40	30,88
Maschinenb. u. Kl.-Ind.-B.-G.	12,21	1,73	0,57	0,99	15,51
Sächs.-Th.Eis.- u. Stahl-B.-G.	9,14	0,54	0,55	0,71	10,96
Nordöstl.Eisen- u. Stahl-B.-G.	16,40	1,74	0,77	2,09	21,03
Schles.Eisen- u. Stahl-B.-G. . .	18,66	1,38	0,98	1,24	22,28
Nordwst.Eisen- u. Stahl-B.-G.	15,95	2,37	0,99	1,45	20,77

Unter die „Sonstigen Kosten" sind insbesondere solche für die Unfallverhütung, Arztgutachten, Unfalluntersuchung, Schiedsgericht 2c. gerechnet. Bei der Verschiedenartigkeit der Löhne in den einzelnen Bezirken gibt eine Berechnung der Aufwendungen auf den Versicherten kein richtiges Bild. Richtiger ist es, die Ausgaben auf eine bestimmte Lohnsumme zu beziehen, weil ja der grundlegende Maßstab für die Berechnung der Hauptleistung (der Rente) der Jahresarbeitsverdienst des Versicherten ist. Beziehen wir die Ausgaben der einzelnen Berufsgenossenschaften auf 1000 M. der anrechnungsfähigen Löhne, so ergibt sich im Berichtsjahr folgendes Bild:

Berufsgenossenschaft	Entschädig.-beträge	Einlag. in Reserv.	Sonstige Kosten	Allgem. Verwalt.	Zusammen
Südd. Eis.- u. Stahl-B.-G. . .	9,97	1,17	0,52	0,88	12,55
Südwst. Eisen-Berufs-Gen. . .	13,52	3,42	0,60	1,04	18,59
Rh.-Wstf. Hütt. u. Walzw.B.-G.	15,49	0,94	0,49	0,80	17,73
Maschinenb. u. Kl.-Ind.-B.-G.	8,58	1,21	0,40	0,69	10,90
Sächs.-Th.Eis.- u. Stahl-B.-G.	7,16	0,42	0,43	0,56	8,58
Nordöstl.Eisen- u. Stahl-B.-G.	12,41	1,32	0,59	1,58	15,91
Schles.Eisen- u. Stahl-B.-G. . .	16,21	1,20	0,85	1,08	19,36
Nordwst.Eisen- u. Stahl-B.-G.	10,51	1,56	0,65	0,95	13,69

Man sieht, hier ergeben sich noch größere Verschiedenheiten. Man vergleiche nur die Aufwendungen der Sächsisch-Thüringischen Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft mit denen der benachbarten Schlesischen Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft.

Bei allen Berufsgenossenschaften sind die Aufwendungen in den letzten Jahren erheblich zurückgegangen. Den Höhepunkt der Ausgaben brachte das Jahr 1909. Von diesem bis zum Jahre 1913 sanken die Entschädigungsbeträge pro 1000 M. der anrechnungsfähigen Löhne bei der Südd. Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft von 12,06 auf 9,97 Mark, bei der Südwestl. Eisen-Berufsgenossenschaft von 17,24 auf 13,52 M., bei der Rhein.-Westf. Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft von 23,64 auf 17,73 M., bei der Maschinenbau- und Kleineisenindustrie-Berufsgenossenschaft von 11,38 auf 8,58 M., bei der Sächs.-Thür. Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft von 12,03 auf 8,58 M., bei der Nordöstl. Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft von 16,58 auf 12,41 M., bei der Schles. Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft von 19,93 auf 16,21 M., bei der Nordwestl. Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft von 15,31 auf 10,51 M. Die Ursache dieser Abnahme der Entschädigungen ist auf die neuere Abschätzung der Folgen der Unfälle zurückzuführen.

Klage eines Arbeiters gegen den Arbeitgeber wegen Nichtanmeldung zur Krankenkasse.

Vom Wiener Gewerbegericht ist (nach dem „Arbeiterschutz" 25 S. 141) eine solche Klage als unbegründet abgewiesen worden aus Gründen, die auch nach deutschem Rechte zutreffen würden.

Digitized by Google

Ein Arbeiter war von seinem Meister nicht rechtzeitig bei der Schilfenkrankenkasse angemeldet worden. Infolge einer Fingerverletzung war er dann durch acht Tage arbeitsunfähig. Da er ein Krankengeld nicht bekam, verklagte er den Unternehmer auf Ersatz des Krankengeldes im Betrage von 19,20 Kr. Der Beklagte wendete Mangel der passiven Klagelegitimation ein. Die Klage wurde vom Gewerbegericht abgewiesen. In den Gründen erklärte das Gericht: Bezüglich des Anspruches auf Ersatz des entgangenen Krankengeldes fand das Gericht die Einwendung der mangelnden passiven Klagelegitimationen gegeben. Nach § 13, Zahl 1, Abs. 2, des Krankenversicherungsgesetzes beginnt die Mitgliedschaft des Arbeiters mit dem Tage, an dem er in die betreffende Arbeit tritt. Zur Zeit seiner Erkrankung, die am 2. Oktober erfolgte, war Kläger bei dem Beklagten bedienstet und konnte daher nur an die Krankenkasse wegen des Krankengeldes herantreten, gleichgültig, ob ihn der Beklagte rechtzeitig angemeldet hat oder nicht. Aus dem § 32 des Krankenversicherungsgesetzes, der besagt, daß Arbeitgeber, die ihrer Anmeldepflicht nicht genügen, unbeschadet der im § 67 bezeichneten Straffälligkeit, verpflichtet sind, der Kasse den gesamten Aufwand zu erstatten, den diese auf Grund gesetzlicher oder statutarischer Vorschrift zur Unterstützung einer gar nicht oder erst nach der Erkrankung angemeldeten Person gemacht hat, ist zu schließen, daß nur die Krankenkasse vom Kläger herangezogen werden kann, da andernfalls der Beklagte nicht nur dem Kläger, sondern auch der Krankenkasse den Ersatz bezahlen müßte, wozu seinerseits keine Verpflichtung besteht. Sache des Klägers ist es, von der Krankenkasse den Ersatz zu begehren, die sich dann wieder an dem Beklagten schadlos zu halten hat.

Reichsversicherungsanstalt und private Ersatzkassen.

Von sachkundiger Seite wird uns geschrieben:

Fast immer, wenn die Verhandlungen der Reichsversicherungsanstalt mit den Interessenten wegen der Zulassung von Ersatzkassen infolge sachlicher Schwierigkeiten ins Stocken kommen, tauchen in der Tagespresse oder in den Organen und Protokollen der Berufsvereine Behauptungen auf wie diese: Die Reichsversicherungsanstalt suche die Verhandlungen hinzuhalten, auch die Zulassung zu verhindern, damit ihr nicht Versicherte entzogen werden oder damit ihr keine Mehrarbeit entstehe. Da durch derartige Ausstreuungen die an und für sich schon schwierigen Verhandlungen leicht noch mehr erschwert werden können, soll der Sachverhalt kurz klargestellt werden.

Ueber die Zulassung von Ersatzkassen hat nicht die Reichsversicherungsanstalt, sondern der Bundesrat zu befinden. Da aber die Reichsversicherungsanstalt, wie sich aus dem folgenden ergeben wird, an den einzelnen Anträgen ein ganz besonders starkes Interesse hat, so erhält sie regelmäßig Gelegenheit, die Anträge zu prüfen und sich dazu verantwortlich zu äußern. Daraus hat sich dann die Uebung entwickelt, daß die Reichsversicherungsanstalt im Wesentlichen alle Verhandlungen mit den Interessenten übernommen hat, die erforderlich sind, um die Anträge für eine Beschlußfassung des Bundesrats vorzubereiten. Das aber ist, wie jedermann weiß, auch wenn bei der einzelnen Kasse nicht besondere sachliche Schwierigkeiten hervortreten, immer eine recht zeitraubende und mühselige Arbeit, da es sich meistens um alteingewöhnte Einrichtungen handelt und über die einschneidenden finanziellen, rechtlichen und organisatorischen Umgestaltungen Uebereinstimmung nicht nur zwischen der Reichsversicherungsanstalt und den verschiedenen Kassenorganen und anderen Interessenten, sondern auch mit der zuständigen Aufsichtsbehörde erzielt werden muß.

Die Stellung, die die Reichsversicherungsanstalt dabei einzunehmen hat, ist in beherrschender Weise bestimmt durch den § 376 des AVG. Dort heißt es wörtlich: „Wird die Zulassung als Ersatzkasse zurückgezogen oder die Ersatzkasse aufgelöst, so geht die Verpflichtung zur Befriedigung der reichsgesetzlichen Ansprüche auf die Reichsversicherungsanstalt über. Aus dem Vermögen der Ersatzkasse sind der Reichsversicherungsanstalt die Prämienreserven zu überweisen, die den Verpflichtungen entsprechen."

Der Sinn dieser an und für sich ja ganz klaren Bestimmung ist: die Reichsversicherungsanstalt haftet für die bei einer Ersatzkasse erworbenen gesetzlichen Ansprüche genau so, als wenn sie die Beiträge selbst erhalten hätte. Man hat nun den zweiten Teil dieser Gesetzesbestimmung vielfach dahin verstanden, daß die Reichsversicherungsanstalt dafür auch bei Zurückziehung der Zulassung, bei Auflösung oder bei Konkurs ein Recht auf Vorbefriedigung habe; das aber ist nach der Entstehungsgeschichte dieses Paragraphen und dem Versicherungsaufsichtsgesetz vom 12. Mai 1901, wie von sachkundiger Seite allgemein anerkannt wird, nicht der Fall. Die Reichsversicherungsanstalt muß, wenn die Auseinandersetzung kommt, und die Mittel der Kasse nicht ausreichen, um alle Ansprüche zu erfüllen, wie alle anderen Berechtigten „ins Teil gehen" und das Fehlende einfach darzulegen. Das heißt nicht mehr und nicht weniger, als daß die Versicherten der Reichsversicherungsanstalt büßen müssen, wenn die vom Bundesrat zugelassene Ersatzkasse ihren Versicherten mehr verspricht, als sie versicherungstechnisch zu leisten imstande ist. Das Urteil darüber, was die einzelne Kasse zu leisten imstande ist, wird, je nachdem man sie mehr oder weniger aus ihrem wirtschaftlichen Zusammenhang losgelöst betrachtet, ein strengeres oder milderes sein können. Bei der Unmittelbarkeit aber, mit der die Geschicke der Ersatzkasse auf die Reichsversicherungsanstalt übergreifen, werden die Organe der Reichsversicherungsanstalt und wird schließlich jeder einzelne Versicherte der Reichsversicherungsanstalt verlangen dürfen, daß wenigstens im wesentlichen auch für die Ersatzkasse derjenige Sicherheitsmaßstab gilt, den die Reichsversicherungsanstalt sich selbst auferlegt. Welche Abstände sich dabei aber ergeben können, erkennt man leicht, wenn man sieht, wie manche Pensionskassen mit bescheidener Mitgliederzahl Leistungen versprechen, die die Leistungen der Reichsversicherungsanstalt um das Drei- bis Vierfache übertreffen und für den Einzelnen oft einen Kapitalwert von 50 000 Mark und mehr darstellen.

Daraus ergeben sich die sachlichen Schwierigkeiten, durch die notwendigerweise, wenn die für die Reichsversicherungsanstalt maßgebende Gesetzeslage von den Interessenten nicht erkannt oder nicht anerkannt wird, die Verhandlungen ins Stocken kommen müssen. Es ist einigermaßen kühn, in diesem Zusammenhang dann davon zu sprechen, daß die Reichsversicherungsanstalt sich vor der Mehrarbeit scheue, wo doch zweifellos durch die Zulassung einer Ersatzkasse der Reichsversicherungs-

Digitized by Google

anstalt ein erheblicher Teil der Verwaltungsarbeit (Beitragseinziehung, Rentenzahlung, Heilverfahren usw.) abgenommen wird, die Zulassung möglichst vieler Ersatzkassen unter diesem Gesichtspunkt ihr also nur recht sein könnte, und daß die Reichsversicherungsanstalt mit einem Versichertenbestande von fast 2 Millionen Angestellten sich vor der Abtrennung von einigen Hunderten oder auch Tausenden Versicherten fürchten sollte, ist so kleinlich gedacht und so oft und mit solcher Entschiedenheit von dem Direktorium in Abrede gestellt worden, daß man auf dieses billige Hilfsmittel in der Diskussion schon verzichten könnte.

Die Reichsversicherungsanstalt hat, eben wegen der besonderen Schwierigkeiten, die für sie bestehen, von Anfang an keine Mühe gescheut, um die Zulassungsanträge nach Möglichkeit zu fördern; sie hat jede sich bietende Gelegenheit wahrgenommen, um mit den Interessenten mündlich zu verhandeln, und hat durch mündlich und schriftlich fixierte ins Einzelne gehende Vorschläge die Anpassung an das Gesetz zu erleichtern gesucht. Darin wird sie sich auch durch weitere, den Sachverhalt entstellende Angriffe nicht irre machen lassen.

Literarisches.

Wörterbuch des deutschen Staats- und Verwaltungsrechts. 2. Auflage, herausgegeben von Prof. Dr. Fleischmann, Königsberg. 30. und 31. Lieferung. Tübingen 1914 bei J. C. B. Mohr. Preis 4,50 M.

Wir verweisen auf unsere Anzeigen früherer Lieferungen (z. B. 1911 S. 93, 404, 502, 795, 1912 S. 830, zuletzt 1913 S. 365), in denen wir das Werk als ein wichtiges, lehrreiches Nachschlagebuch ersten Ranges rühmen konnten. Die neue Lieferung, die von „Staatsfinanzen" bis „Unterrichtswesen" reicht, rechtfertigt das gleiche Urteil.

Kommentar zur Reichsversicherungsordnung nebst Einf.-Ges. Von Prof. Dr. Stier-Somlo. Vierte Lieferung. Berlin 1914 bei Franz Vahlen. Preis 4,50 M.

Diese neue Lieferung des großen, durch außerordentliche Reichhaltigkeit ausgezeichneten Werkes umfaßt die §§ 220 bis 356 RVO. Wir begnügen uns einstweilen mit dieser rühmenden Erwähnung und behalten uns eingehendere Besprechung vor, bis das Werk abgeschlossen vorliegt.

Wie hoch sind die Beiträge für die Krankenversicherung — Invalidenversicherung — Angestelltenversicherung in Groß-Berlin? Ein Wegweiser für Arbeitgeber und Versicherte von Landesrat Dr. Paul Brunn, Berlin, Carl Heymanns Verlag. Einzelpreis 30 Pf., 25 Expl. 6,25 M., 50 Expl. 10 M., 100 Expl. 15 M.

Die neuen Versicherungsgesetze, namentlich das Kranken- und das Invalidenversicherungsgesetz, bereiten Arbeitgebern und Versicherten oft Schwierigkeiten, die eine Einsicht in die zuständigen Satzungen ꝛc. nötig machen. Ueber diese Schwierigkeiten soll die vorliegende Schrift hinweghelfen. Nach allgemeinen Bemerkungen werden Kranken-, Invaliden- und Angestelltenversicherung nacheinander behandelt, und zwar jedesmal in 5 Unterabschnitten: I. Wer ist versicherungspflichtig? II. Wo hat die Versicherung zu erfolgen? III. Wie hat die Versicherung zu erfolgen? IV. Wie hoch sind die Beiträge? V. Wer hat die Beiträge zu zahlen? Dabei sind auch die Hausgewerbtreibenden- und die Dienstbotenversicherung gebührend berücksichtigt. Den Abschluß bilden 3 sorgfältig ausgearbeitete Tabellen: I. Uebersicht über die Ortslöhne in Groß-Berlin. II. Uebersicht über die Krankenkassen Groß-Berlins (mit Leistungen, Grundlöhnen, Kranken- und Invalidenbeiträgen). III. Uebersicht über die Festsetzung des Werts der Sachbezüge für Dienstboten in Groß-Berlin. Der sehr nützlichen und billigen Schrift ist weiteste Verbreitung zu wünschen. Sie behält selbstverständlich ihren Wert trotz der Aenderungen, die hinsichtlich der Bemessung der Beiträge zur Krankenversicherung für die Dauer des Krieges in Kraft getreten sind.

Die Nutzbarmachung der RVO. und Angestelltenversicherung durch Gemeinden und Armenverbände. Von Corbinian Galm, Offiziant beim Stadtmagistrat Aschaffenburg. Aschaffenburg, Verlag von E. Krebs. Preis 1,60 M.

Das Buch will die wirtschaftliche Bedeutung der Sozialversicherung für Gemeinden und Armenverbände aufzeigen und wird, da es den Stoff in verständiger Anordnung und gemeinverständlicher Form darstellt, nicht nur diesen Beteiligten, sondern auch den Krankenkassen und Versicherungsämtern nützlich sein. Es stellt in drei Teilen die Entlastung der Gemeinden und der Armenpflege durch die Versicherungsgesetze, dann den Personenkreis, die Leistungen und die Geltendmachung der Ansprüche aus diesen Gesetzen, schließlich die Ersatzansprüche der Gemeinden und Armenverbände dar.

Die Unterstützung von Familien der Mannschaften bei Mobilmachung und Friedensübungen; die Gewährung von Beihilfen an Kriegsteilnehmer; die Aufwandsentschädigung an Familien. Von Oberverwaltungssekretär Mathos. Karlsruhe, G. Braun'sche Hofbuchdruckerei, 1914. Preis (kart.) 1,80 M.

Die Schrift enthält eine vollständige Zusammenstellung aller auf die behördliche Unterstützung im Mobilmachungs- und im Kriegsfalle bezüglichen Reichsgesetze, der reichsrechtlichen und badischen Vollzugsverordnungen und Erlasse nebst Erläuterungen, Tabellen und Formularen. Ein zeitgemäßes, nützliches Unternehmen, da das gesamte Material in übersichtlicher Weise, sehr klarem Druck und guter Ausstattung in einem handlichen Bändchen zum praktischen Gebrauche für Zivil- und Militärbehörden, Rechtsschutzstellen, Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände und sonstige Beteiligte dargeboten ist.

Digitized by Google

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und recht deutlich zu schreiben.

Zur Rechtslage der Ersatzkassenmitglieder, die zum Kriegsdienst einberufen sind.

1. Nach Halle a. S. Antwort: Wir verweisen zunächst auf unsere Auskunft in Heft 26 S. 632 Ziff. 11. In Ihrem Falle liegt die Sache folgendermaßen: Wenn das Beschäftigungsverhältnis des Versicherungspflichtigen trotz seiner Einberufung zum Kriegsdienst aufrecht erhalten bleibt, so bleibt er auch Mitglied der zuständigen Ortskrankenkasse, und seine Rechte und Pflichten als solches ruhen auf seinen Antrag nur, solange er Mitglied der Ersatzkasse ist (§ 517 RVO.). Nimmt er aber den Antrag zurück, so hört das Ruhen dieser Rechte und Pflichten auf, und er hat Anspruch auf die Leistungen der Kasse in allen von diesem Zeitpunkt ab eintretenden Versicherungsfällen, wie anderseits auch die Beiträge für ihn wieder an die Ortskrankenkasse zu entrichten sind (Hahn, Anm. 2 Abs. 2 zu § 519 S. 683). Wenn dagegen mit der Einberufung zum Kriegsdienst das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis endet, so kommt die freiwillige Weiterversicherung bei der Ortskrankenkasse nach § 313 in Frage. Da der Versicherungspflichtige, trotz des Ruhens seiner Rechte und Pflichten, doch Mitglied der Ortskrankenkasse war, so kann er beim Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung unter den Voraussetzungen des § 313 auch weiterhin Mitglied bleiben, und es kommen ihm dabei noch die besonderen Vorschriften des Notgesetzes vom 4. August 1914 zustatten (Heft 24 S. 567 ff). Es ist richtig, daß hiernach die Zwangskassen in einer wesentlich ungünstigeren Lage sind als die Ersatzkassen, welche durch ihre Satzungen in gewissen Grenzen das Kriegsrisiko ausschließen können; aber diese Erwägung kann nicht zu einer anderen Auslegung der nun einmal geltenden Gesetze führen.

Freiwillige Weiterversicherung von bisher versicherungspflichtigen unständig Beschäftigten und Hausgewerbtreibenden.

2. Nach Lahr. Antwort: § 447 Abs. 3 Satz 2 RVO. schreibt vor, daß die Satzung Näheres über die Beiträge und die Leistungen für die Weiterversicherung unständig Beschäftigter zu bestimmen habe. Daraus ist zu entnehmen, daß die Vorschrift in § 313 Abs. 1 Satz 2 nicht ohne weiteres Anwendung findet. Fehlt es an einer solchen Sonderbestimmung der Satzung, so sind demnach die Beiträge für unständig Beschäftigte im Falle der Weiterversicherung ebenso zu bemessen wie im Falle der Pflichtversicherung. (Vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 3 zu § 447.) Entsprechendes wird für solche Weiterversicherer zu gelten haben, die als Hausgewerbtreibende versicherungspflichtig waren. Sie müßten demnach, wenn die Satzung darüber keine besondere Bestimmung trifft, nach der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 20. Dezember 1913 Ziff. II (Arb.-Vers. 1914 S. 37 f.) als Beitrag 2% des Ortslohnes zahlen; die Arbeitgeberzuschüsse würden fortfallen. Uebrigens kommt dies für die Hausgewerbtreibenden zurzeit nicht in Betracht, da ja jetzt die ihre Krankenversicherung betreffenden Vorschriften der RVO. außer Kraft gesetzt sind. Wir verweisen auch auf die Auskunft in Heft 25 S. 605 Ziff. 3.

Zum Begriff der Fabrik.

3. Nach Minden. Antwort: Der Begriff Fabrik ist kein scharf umgrenzter. Er steht einerseits im Gegensatz zum Handwerk, andererseits zum bloßen Handel. Allgemein wird man darunter zu verstehen haben einen größeren Gewerbebetrieb, in welchem Gegenstände im großen bearbeitet oder verarbeitet werden. In diesem Sinne ist eine Reparaturwerkstatt einer Eisen- oder Straßenbahn keine Fabrik. Ebenso kann nicht ein städtisches Schlachthaus als Fabrik angesehen werden. Denn die Stadt macht aus seinem Betrieb kein Gewerbe, vielmehr unterhält sie es aus sanitären Gründen. Betriebe, in denen Holzschuhe, und solche, in denen Maschinen hergestellt werden, sind Fabriken, wenn sie nicht handwerksmäßig geführt werden, d. h. wenn die Maschinenarbeit vorherrscht, und wenn eine größere, ins einzelne gehende Arbeitsteilung besteht. Die Anzahl der beschäftigten Personen ist allein nicht ausschlaggebend, muß jedoch mit berücksichtigt werden. Die Gewerbeordnung enthält besondere Bestimmungen für Betriebe, in denen in der Regel mindestens zehn Arbeiter beschäftigt werden, und man darf diese Mindestzahl wohl als Norm für den Begriff der Fabrik nehmen. Wenn die Satzung der Kasse schlechtweg von Fabrikarbeitern spricht, so wird man unter einer Fabrik den hier entwickelten Begriff zu verstehen haben.

a) Uebertritt freiwilliger Weiterversicherer. b) Die Hausgewerbtreibenden haben nach Aufhebung ihrer Versicherungspflicht nicht das Recht zur Weiterversicherung.

4. Nach D. Antwort: a) Die wohl herrschende Ansicht geht dahin, daß der freiwillige Weiterversicherer (§ 313 RVO.) auch noch später jeder Zeit in eine niedrigere Klasse oder Lohnstufe übertreten kann, also das Recht dazu nicht nur bei der Anmeldung der freiwilligen Weiterversicherung hat. (So auch Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 3 Abs. 2, Hoffmann, KrVers., Anm. 9 zu § 313 RVO.; vgl. auch Arb.-Vers. 1914 S. 200 Ziff. 10.) Der entgegengesetzte Standpunkt ist kürzlich vom Versicherungs- und vom Oberversicherungsamt

Digitized by Google

Hamburg vertreten worden. Wir haben die Entscheidungen in Heft 23 S. 546 f mitgeteilt. b) Die Hausgewerbtreibenden können, nachdem ihre Krankenversicherungspflicht für die Dauer des Krieges aufgehoben worden ist, sich nicht freiwillig weiterversichern. Die Aufhebung der Versicherungspflicht einer Beschäftigung durch das Gesetz ist kein Ausscheiden aus versicherungspflichtiger Beschäftigung. (Vgl. Arb.-Vers. Heft 25 S. 605 Ziff. 3.)

Nach Auflösung einer Krankenkasse bestimmen sich die Ansprüche der Versicherten nach der Satzung der neuen Kasse.

5. **Nach Hirschberg.** Antwort: Hatte der Arbeitgeber der Betriebskrankenkasse freiwillige Zuwendungen gemacht, so kann er bei ihrer Auflösung bestimmen, daß der entsprechende Teil des freien Vermögens zu Gunsten einer besonderen Unterstützungskasse oder zur Bildung eines Sondervermögens verwendet werde (§§ 303 Abs. 2, 295, 294 Abs. 3 RVO.). Im übrigen aber ist von dem Tage ab, an welchem die Mitglieder der aufgelösten Betriebskrankenkasse auf die Ortskrankenkasse übergehen, die Satzung der letzteren maßgebend, und zwar auch für schwebende Unterstützungsfälle (§ 212 RVO.). Demnach haben die Mitglieder der aufgelösten Kasse in Ihrem Falle nur für 26 Wochen Anspruch auf Unterstützung gemäß der Satzung der Ortskrankenkasse.

Krankenhauspflege statt bloßer Krankenpflege.

6. **Nach Hagen i. W.** Frage: Nach unserer Satzung haben die unständigen Mitglieder und die ohne Entgelt beschäftigten Lehrlinge im Falle der Erkrankung Anspruch lediglich auf Krankenpflege. Wir bitten um Auskunft, ob unsere Kasse für diese Kreise auch die Kosten der Krankenhausbehandlung übernehmen muß, wenn die Krankenhausbehandlung nach ärztlichem Urteil erforderlich ist.

Antwort: Die Kasse „kann" unter den Voraussetzungen des § 184 RVO. Krankenhauspflege an Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes setzen, d. h. ihr steht das Wahlrecht zu; eine zwingende Pflicht, Krankenhauspflege hat sie niemals, auch nicht auf Grund des § 184 Abs. 4 (vgl. Hahn, Anm. 3 b zu § 184 S. 233, 234), und ganz besonders dann nicht, wenn sie nach Gesetz oder Satzung nur Krankenpflege, nicht auch Krankengeld gewährt. Das preußische Oberverwaltungsgericht hat sogar angenommen (was wir freilich für falsch halten), daß die Kasse in solchen Fällen nicht einmal befugt ist, Krankenhauspflege an Stelle der ihr obliegenden Krankenpflege zu gewähren (Arb.-Vers. 1913 S. 131).

Teilnahme der Vorstandsmitglieder an den Sitzungen des Ausschusses; Entschädigung.

7. **Nach Bernburg a. S.** Frage: Zu den Ausschuß-Sitzungen der hiesigen Allgemeinen Ortskrankenkasse sind fast alle Vorstandsmitglieder anwesend und greifen in die Verhandlungen wie die Ausschußmitglieder ein. Die Vorstandsmitglieder können dadurch infolge ihrer größeren Beherrschung des Beratungsstoffes schon durch die vorangegangene Beratung in der Vorstandssitzung die Ausschußmitglieder ganz nach ihrem Wunsch beeinflussen, zumal bei der größeren Anzahl sich gegenseitig fremder Personen, die in einer Ausschußsitzung zusammen sitzen, nicht mehr zu unterscheiden ist, wer eigentlich Vorstandsmitglied und wer Ausschußmitglied ist. In der letzten Ausschußsitzung der hiesigen Ortskrankenkasse ist nun bei Beratung der Entschädigung für Teilnahme der Ausschußmitglieder an den Ausschußsitzungen vom Vorstandsvorsitzenden erklärt worden, daß die Teilnahme der Vorstandsmitglieder, die nach der Satzung zu den Ausschußsitzungen eingeladen werden müssen, als eine „in Ausübung ihres Amts" anzusehende Tätigkeit aufgefaßt wird und demgemäß die satzungsmäßige Entschädigung gezahlt werden soll. Entspricht dies den gesetzlichen Vorschriften?

Antwort: Wenn die Satzung vorsieht, daß die Mitglieder des Vorstandes zu den Sitzungen des Ausschusses eingeladen und auf Verlangen gehört werden (Mustersatz. für OAK. § 80 Abs. 5), so liegt dem offenbar die Auffassung zugrunde, daß die Teilnahme und Anhörung der Vorstandsmitglieder die Beratung und sachgemäße Entschließung des Ausschusses zu fördern geeignet ist; und keinesfalls ist es eine ungehörige Beeinflussung, wenn hierbei die Vorstandsmitglieder „ihre größere Beherrschung des Beratungsstoffes" und die Kenntnis, die sie „durch die vorangegangene Beratung in der Vorstandssitzung" haben, zur Geltung bringen. Das ist ja gerade der praktische Zweck der Satzungsbestimmung, und es ist durchaus zutreffend, daß die Vorstandsmitglieder, bei solcher Teilnahme an den Ausschußsitzungen, in Ausübung ihres Vorstandsamtes handeln und dafür die gesetz- und satzungsmäßige Entschädigung beanspruchen können.

Zur Berechnung des Ausgleichsanspruchs aus § 197 RVO.

8. **Nach Kronach.** Antwort. Die Sache liegt für Ihre Kasse noch günstiger, als Sie annehmen. Die am 12. Juni 1914 Entbundene war im Jahre vorher versichert: bei der unterstützenden Kasse 14½ Wochen, bei Ihrer Kasse 4½ Wochen, vorher bis zum 31. Dezember 1913 bei der Gemeindekrankenversicherung 28 Wochen, also zusammen 47 Wochen. Das ihr gewährte Wochengeld betrug 39,95 M. Erhebt die unterstützende Kasse den Erstattungsanspruch aus § 197 RVO., so ist der Betrag des Wochengeldes „nach Verhältnis der Mitgliedzeit" zu verteilen. Auf jede der 47 Wochen entfallen danach $\frac{39.95}{47} = 0{,}85$ Mk. Danach hat Ihre Kasse $4\frac{1}{2} \times 0{,}85 = 3{,}83$ M. zu erstatten. Den auf die Gemeindekrankenversicherung entfallenden Teil von $28 \times 0{,}85 = 22{,}80$ M. muß die unterstützende Kasse mit ihrem eigenen Anteil selbst tragen, weil gegenüber einer beim Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung bereits geschlossenen Versicherungseinrichtung der § 197 nicht zur Geltung gebracht werden kann (Arb.-Vers. 1914 S. 318 Ziff. 5).

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Dippe; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe; Geh. Regierungsrat Professor Dr. Laß, Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Rat Dr. Olshausen; Geheimrat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1078 der ganzen Folge

31. Jahrgang | **1. Oktober 1914** | **Heft 28**

Beschwerderecht der überstimmten Vorstandsminderheit.

Von **Gustav Hoch**, Mitglied des Reichstages in **Hanau**.

Die RVO. ist aus den früheren Gesetzen über die Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung erwachsen. Viele Bestimmungen der früheren Gesetze sind teils unverändert, teils nur in einzelnen Punkten abweichend in die RVO. hinübergenommen. Daher ist es selbstverständlich, daß oft die Entscheidungen nach dem alten Recht auch jetzt für die Auslegung der RVO. maßgebend sein werden.

Aber die grundsätzliche Entscheidung Ziffer 1845 in den Amtl. Nachr. Jahrg. 1914 S. 515 (Arb. Vers. 1914 S. 527) beweist, daß das Reichsversicherungsamt zu weit geht in der Verwendung des früheren Rechts zur Auslegung der RVO.

Die Entscheidung betrifft folgenden Fall: Die Satzung der Betriebskrankenkasse für die Gußstahlfabrik der Fr. K. A.-G. zu E. enthielt u. a. eine Bestimmung, die einige Vorstandsmitglieder für unzulässig hielten. Diese Vorstandsmitglieder hatten bei dem Oberversicherungsamt beantragt, daß die Satzung wegen der unzulässigen Bestimmung nicht genehmigt werde. Das Oberversicherungsamt aber genehmigte die Satzung und antwortete jenen Vorstandsmitgliedern, daß es nicht ihrem Antrage habe entsprechen können. Darauf legten die Vorstandsmitglieder gegen die Genehmigung der Satzung Beschwerde an das Reichsversicherungsamt ein.

Das Reichsversicherungsamt beruft sich in seiner Entscheidung auf den § 1795 RVO. Er lautet:

> Ist die Beschwerde zulässig und rechtzeitig eingelegt, so werden die Beteiligten gehört.

In der Entscheidung des Reichsversicherungsamts heißt es dann:

> Da im § 1795 RVO., wodurch der im Spruchverfahren geltende Grundsatz des rechtlichen Gehörs der Parteien auch für das Beschwerdeverfahren zur Geltung gebracht wird, lediglich die Anhörung der Beteiligten vorgeschrieben ist, so wird ein solches Beschwerderecht auch nur diesen zugestanden werden können.

Die Schlußfolgerung erscheint mir nicht begründet. § 1795 setzt für das Hören der „Beteiligten" voraus, daß die Beschwerde „zulässig" und rechtzeitig eingelegt ist. Zur „Zulässigkeit" gehört auch, daß die Beschwerde von dem eingelegt ist, der das Recht dazu hat. Und der ist fraglos an der Beschwerde „beteiligt"; er muß zu den „Beteiligten" gehören. Wer aber das Recht zur Beschwerde hat, darüber ergibt sich aus § 1795 gar nichts.

Das bestätigt uns die Begründung zu § 1795, dem § 1743 des Entwurfs. Sie lautet:

> § 1743 bringt den allgemeinen Rechtsgrundsatz zur Geltung, wonach vor der Entscheidung die Beteiligten zu hören sind. Auf welchem Weg dies geschieht, ist dem Ermessen der Behörde zu überlassen.

Also kein Wort davon, daß mit dieser Bestimmung die Frage entschieden werden soll, wer das Recht zur Beschwerde habe.

Digitized by Google

Ebenso wenig ergibt sich dies aus irgend einer andern Bestimmung der RVO. oder aus irgend einer andern Stelle ihrer Begründung. Endlich ist davon auch niemals in der Verhandlung über den Entwurf die Rede gewesen. Demnach ergibt sich weder aus dem Wortlaut und Sinn des § 1795 noch aus den Verhandlungen, daß es der Wille des Gesetzgebers war, mit § 1795 auch den Kreis der Personen einzuschränken, die zur Beschwerde berechtigt sein sollen.

Die Entscheidung des Reichsversicherungsamts geht aber, wie gesagt, von der entgegengesetzten Anschauung aus und fährt daher fort:

> Hiernach hängt die Entscheidung der zur Beurteilung stehenden Frage davon ab, ob die Beschwerdeführer im vorliegenden Falle als Beteiligte anzusehen sind. Als beteiligt kann aber auch nach der Reichsversicherungsordnung, wie dieses das Königl. Sächsische Oberverwaltungsgericht für das sächsische Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege vom 29. Juli 1900 ausgesprochen hat (zu vgl. Entsch. des Königl. Sächsischen Oberverwaltungsgerichts vom 14. August 1902, Arb.-Vers. 1903 S. 690) nicht schon ein jeder, auf den der Ausgang einer Sache günstig oder ungünstig zurückwirkt, und insbesondere bei Wahrnehmung öffentlicher Interessen nicht jeder Angehörige desjenigen Personenkreises, auf welchen sich diese Interessen beziehen, angesehen werden, sondern nur, wer nach dem Gesetze sie zu vertreten berechtigt ist. In einer Vertretung der Kasseninteressen den Behörden gegenüber bei der Gestaltung einer Kassensatzung kann aber, soweit ihre Errichtung in Frage kommt, nur die hiermit betraute Stelle, sonst nur das zuständige Organ der Kasse, nämlich der Vorstand als befugt angesehen werden. Hieraus folgt, daß die Entscheidung des Oberversicherungsamts, durch welche es eine Satzung genehmigt, durch einzelne Vorstands- oder Kassenmitglieder nicht anfechtbar ist.

Die streitige Frage kann aber unter keinen Umständen mit dem Hinweis darauf entschieden werden, daß auch im § 1795 RVO — ebenso wie im sächsischen Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege — die Rede von den „Beteiligten" ist. Denn niemand hat in der Beratung des § 1795 und der andern Bestimmungen der RVO., in denen das Wort „Beteiligte" vorkommt, an jenes Gesetz oder an jene Entscheidung des Königl. Sächsischen Oberverwaltungsgerichts aus dem Jahre 1902 gedacht. Meines Wissens — und ich war in der Reichstagskommission für die RVO. die ganze Zeit hindurch — ist niemals auf das Gesetz und die Entscheidung hingewiesen worden. Sicher sind sie bei der Beratung des jetzigen § 1795 nicht erwähnt worden. Der Kommissionsbericht begnügt sich mit der Angabe, daß die Bestimmung „in erster und zweiter Lesung unverändert nach der Vorlage angenommen" worden ist (Bericht V S. 210 zu § 1743). Wären bei dieser Gelegenheit jenes Gesetz oder jene Entscheidung besprochen worden, so hätte der Berichterstatter darüber nicht mit Stillschweigen hinweggehen können. Demnach ist es nicht möglich, anzunehmen, daß der Gesetzgeber mit dem Worte „Beteiligte" im § 1795 der Auslegung, wie sie jene Entscheidung enthält, auch für die RVO. zustimmen wollte. Vielmehr herrschte wohl Einstimmigkeit darüber, daß das Wort „Beteiligte" nichts als der deutsche Ausdruck für „Parteien" sein soll. Dasselbe Wort finden wir z. B. auch im § 1653 Abs. 1 RVO. Dort heißt es:

> Den Beteiligten ist . . . mitzuteilen.

In der Begründung wird hervorgehoben, daß die Bestimmung dem § 9 Abs. 4 des Gesetzes, betr. die Abänderung der Unfallversicherungsgesetze, nachgebildet ist (S. 498 zu § 1616). Im § 9 Abs. 4 des Abänderungsgesetzes finden wir den Wortlaut:

> Dem Schiedsgericht eingereichte Urkunden sind sowohl der Berufsgenossenschaft als auch dem Verletzten mitzuteilen.

Daß für Berufsgenossenschaft und Verletzte im § 1653 Abs. 1 RVO. „Beteiligte" gesetzt worden ist, hat seinen guten Grund in der Gültigkeit der neuen Bestimmung für alle Zweige der Arbeiterversicherung. — Der Vergleich beweist aber, daß unter dem Ausdruck „Beteiligte" auch einzelne Personen bezeichnet sein können. — So ist die Auffassung des Reichsversicherungsamts als unrichtig erwiesen, daß als Beteiligte im Sinne des § 1795 RVO. nur der Vorstand — nicht aber einzelne Personen — anzusehen seien, und daß demgemäß einzelne Personen

Digitized by Google

nicht das Recht zur Beschwerde haben können.

Wir müssen vielmehr auf den Anlaß zu der in Betracht kommenden Beschwerde eingehen, um über das Beschwerderecht Klarheit zu erlangen. Der Anlaß ist der Umstand, daß das Oberversicherungsamt eine Satzungsänderung genehmigt hat, obgleich einzelne Vorstandsmitglieder sie für unzulässig gehalten haben. Für diesen Fall war das Verfahren nach dem alten Recht anders, als es nach dem neuen Recht ist. Das alte Recht schrieb im § 24 Abs. 1 KVG. vor, daß der Bescheid im Wege des Verwaltungsstreitverfahrens angefochten werden kann. Infolge dieser Bestimmung führt die Entscheidung des Königl. Sächsischen Oberverwaltungsgerichts vom 14. August 1902 aus:

> Das Sächsische Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege vom 29. Juli 1900 knüpft die Zulässigkeit des Verwaltungsstreitverfahrens an das Vorhandensein und die Beachtung einer Reihe formeller Voraussetzungen. Es schreibt u. a. im § 73 vor, daß die Anfechtungsklage in den dort erwähnten Fällen nur den „Beteiligten" zusteht.

Und hieran schloß sich die Darlegung, was unter „Beteiligten" zu verstehen ist.

Die Reichsversicherungsordnung dagegen verweist die Beschwerde gegen die Genehmigung der Satzungsänderung an das Oberversicherungsamt, hat also das Verfahren nicht mehr so wie bisher mit dem Verwaltungsstreitverfahren verknüpft. Daher ist jetzt für das Beschwerdeverfahren in erster Linie die RVO. maßgebend. Hier fehlt aber eine Bestimmung, die dem § 73 des sächsischen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege entspricht; hier ist nicht ausdrücklich das Recht der Beschwerde auf die „Beteiligten" im Sinne jenes sächsischen Gesetzes beschränkt. Daher müssen die Grundsätze der RVO. selbst in erster Linie berücksichtigt werden.

Dabei aber stoßen wir auf eine, für unsere Frage wichtige Neuerung: Nach dem Krankenversicherungsgesetz war die Mehrheit allein für die Zusammensetzung der Kassenorgane und damit auch für die unmittelbare Mitarbeit an der Leitung der Kasse maßgebend. Die RVO. jedoch hat die Verhältniswahl eingeführt; sie hat so auch die Minderheit zur Geltung kommen lassen. Dem entspricht es, daß das Recht zur Beschwerde in unserm Falle, wo es das Gesetz nicht ausschließlich der Vorstandsmehrheit vorbehalten hat, auch der Minderheit, also unter allen Umständen auch einzelnen Vorstandsmitgliedern zustehen muß.

Schließlich führt das RVA. für die Beschränkung des Beschwerderechts auf die Vorstandsmehrheit noch zwei praktische Erwägungen an, zunächst:

> daß es zu nicht abzusehenden Weiterungen führen würde, wenn es jedem Kassenmitgliede gestattet sein sollte, in dem Beschwerdeverfahren seine Wünsche zur Geltung zu bringen.

Hier handelt es sich aber nicht um beliebige Wünsche, sondern einzig und allein darum, ob eine Bestimmung der Satzung den gesetzlichen Vorschriften genügt oder nicht. Daß sich mit einer solchen Frage gar zu viele Kassenmitglieder beschäftigen und eine unabsehbare Reihe von Beschwerden einlegen sollten, ist nach den bisherigen Erfahrungen völlig ausgeschlossen, zumal wenn das Beschwerderecht nur den Vorstandsmitgliedern zustände.

Die zweite praktische Erwägung des Reichsversicherungsamts ist:

> Eines solchen Rechtsschutzes (des Beschwerderechts für die Kassen- oder wenigstens Vorstandsmitglieder) bedarf es nicht, da im Falle der Geltendmachung irgendwelcher Ansprüche die Rechtsgültigkeit jeder einzelnen Satzungsbestimmung ohnehin nachgeprüft werden muß.

Wenn dies richtig wäre, müßte auch das Beschwerderecht des Vorstandes in diesen Fällen unnötig sein. Darüber besteht aber kein Zweifel, daß der Vorstand als solcher das Beschwerderecht hat, daß also das Gesetz die Beschwerde als zweckmäßig anerkannt hat. Sie bleibt ebenso zweckmäßig, auch wenn sie von einzelnen Mitgliedern eingelegt wird.

Daher glaube ich, daß die Entscheidung des Reichsversicherungsamts unhaltbar und eine größere Vorsicht in der Verwendung des früheren Rechts zur Auslegung der RVO. notwendig ist.

Digitized by Google

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Zuziehung eines Schriftführers beim Versicherungsamt.

Erlaß der **Preuß. Minister für Handel usw. und des Innern** vom 6. März 1914.

Im Einverständnis mit dem Herrn Reichskanzler (Reichsamt des Innern) weisen wir darauf hin, daß in dem Verfahren vor den Versicherungsämtern für die Aufnahme der Niederschriften ein vereidigter Schriftführer nur in den Fällen zugezogen werden muß, in denen dies ausdrücklich vorgeschrieben ist, nämlich bei der Beweisaufnahme nach § 28 der Verordnung über den Geschäftsgang usw. der Versicherungsämter vom 24. Dezember 1911 und bei der mündlichen Verhandlung nach § 45 a. a. O.

Im übrigen bedarf es eines Schriftführers nicht. Dies gilt insbesondere für die Aufnahme der Aeußerung des Berechtigten im Einspruchsverfahren nach § 1594 RVO., weil es sich hierbei weder um eine Beweisaufnahme noch um eine mündliche Verhandlung im Sinne des § 45 der Verordnung vom 24. Dezember 1911 handelt. Wird dennoch aus Zweckmäßigkeitsgründen ein Schriftführer zugezogen, so ist er nach § 1 der vorerwähnten Verordnung und Nr. 3 des Erlasses vom 8. Juli 1912 (HMBl. S. 393) zu vereidigen.

Aufrechnung der Krankenkasse gegenüber einem auf § 1518 Abs. 2 RVO. gestützten Anspruch der Versicherungsanstalt auf Krankengeld?

Entscheidung des **Oberversicherungsamts in Bremen** vom 27. Mai 1914.

Die Allg. Ortskrankenkasse Bremen erachtet sich nach § 223 RVO. für berechtigt, von dem Krankengeld, welches sie an die Landesversicherungsanstalt der Hansestädte für die Dauer eines von dieser übernommenen Heilverfahrens gemäß § 1518 Abs. 2 RVO. zu zahlen hatte, einen Krankengeld-Betrag von 6.75 M. in Abzug zu bringen, welchen der in Betracht kommende Kranke, der Arbeiter Wenzel Sch., vor Beginn der Heilfürsorge der LVA. zu Unrecht ausgezahlt erhalten hatte.

Die Landesversicherungsanstalt erklärte dieses Verfahren für gesetzlich unzulässig, verlangte die Auszahlung des vollen auf die Heilfürsorgezeit des Sch. entfallenden Krankengeldes und erhob, als diese verweigert wurde, Klage bei dem Versicherungsamt mit der Begründung, daß die Krankengeldforderung der Landesversicherungsanstalt aus § 1518 RVO. eine selbständige Forderung sei, auf die eine der Krankenkasse gegen den Kranken zustehende Ersatzforderung nicht aufgerechnet werden könne.

Das Versicherungsamt Bremen hat in seiner Entscheidung vom 26. März dieses Jahres die Klage abgewiesen mit der Begründung, daß für die Versicherungsanstalt der Anspruch auf Krankengeld aus § 1518 RVO., wenn er auch an sich selbständiger Natur sei, doch nur in dem Umfange entstehen könne, in welchem er zurzeit der Entstehung für den Kranken selbst bestanden habe. Hier sei aber der Anspruch des Sch. auf das satzungsmäßige Krankengeld alsbald nach seiner Entstehung durch die Aufrechnungserklärung der beklagten Kasse um die früher überhobenen Krankengeldbeträge eingeschränkt worden. Demgemäß müsse sich auch die Landesversicherungsanstalt diese Einschränkung gefallen lassen. Die klagende Landesversicherungsanstalt legte gegen diese Entscheidung Berufung ein, zu deren Rechtfertigung sie folgendes ausführte:

Das Versicherungsamt habe die rechtliche Bedeutung des den Versicherungsanstalten im § 1518 Abs. 2 RVO. eingeräumten Erstattungsanspruches verkannt. Die Vorschrift des § 1518 Abs. 2 besage, daß auch die Versicherungsanstalt mit ihrem Anspruch an die Voraussetzungen gebunden sei, unter denen dem Kranken selbst ein Anspruch auf Krankengeld kraft Gesetzes oder der Satzung zustehe. Ein Erstattungsanspruch der Versicherungsanstalt bestehe daher nicht z. B. in Fällen, in denen der Kranke nicht erwerbsunfähig sei oder sich die Erwerbsunfähigkeit vorsätzlich, durch schuldhafte Beteiligung bei Schlägereien oder Raufhändeln oder durch Trunkfälligkeit zugezogen habe. Ueber diese Grenzen hinaus könne aber der Versicherungsanstalt ihr Erstattungsanspruch nicht beschränkt werden. Die Krankenkasse dürfe daher das satzungsmäßige Krankengeld der Versicherungsanstalt weder vorenthalten noch kürzen auf Grund von Tatsachen, die ihr nach Gesetz oder Satzung nur die Ermächtigung erteilten, es dem Kranken selbst vorzuenthalten oder zu kürzen. So liege auch der Fall, in dem die Krankenkasse nach Gesetz oder Statut ermächtigt sei, dem Kranken das Krankengeld durch Aufrechnung zu kürzen. Auch hier vollziehe sich die Aufrechnung nicht kraft Gesetzes oder der Satzung von selbst, sondern es bedürfe dazu erst eines im Ermessen des Kassenvorstandes liegenden Willensaktes, der Aufrechnungserklärung. Eine Kürzung des Krankengeldes im Wege einer erlaubten Aufrechnung müsse sich daher zwar der Kranke selbst in den gesetzlichen Grenzen gefallen lassen, nicht aber die Versicherungsanstalt.

Das von der Beklagten beanspruchte Aufrechnungsrecht sei aber auch noch aus einem anderen Grunde nicht haltbar. Es handle sich im vorliegenden Falle um eine bedingt und betagt gewesene Forderung der Landesversicherungsanstalt. Der Anspruch auf Krankengeld werde nach § 26 der Kassensatzung nur an jedem Sonnabend für die abgelaufene Woche unter der Bedingung fällig, daß bis zu diesem Zeitpunkt Erwerbsunfähigkeit bestanden habe. Demgemäß setze sich auch der für die Klägerin für die Zeit vom 19. August bis

Digitized by Google

27. September 1913 erwachsene Erstattungsanspruch aus mehreren an jedem Wochenende fällig gewordenen Einzelansprüchen zusammen. Da nun aber bei bedingten und betagten Gegenforderungen die Kompensationswirkung erst nach deren Fälligkeit eintrete, so sei zu prüfen, ob in diesem Moment noch die gesetzlichen Voraussetzungen für die Aufrechnung zweier Forderungen vorlägen. Das sei nicht der Fall, da in dem fraglichen Moment die Krankengeldforderung des Kranken bereits eine selbständige Forderung der Landesversicherungsanstalt geworden sei, und die Landesversicherungsanstalt der Krankenkasse nichts schulde, was diese im Wege der Aufrechnung habe kürzen können. Es fehle also an der ersten Voraussetzung der Aufrechnung: dem Zusammentreffen von Forderung und Schuld bei denselben Personen (§ 387 BGB.).

Die beklagte Kasse bestritt die Aufführungen der Klägerin, indem sie geltend machte, daß die Versicherungsanstalt nur den Betrag an Krankengeld empfangen dürfe, den der Versicherte im Falle einer direkten Unterstützung erhalten haben würde.

Das Oberversicherungsamt Bremen gab der Berufung mit folgender Begründung statt:

Das Versicherungsamt Bremen ist in seiner Entscheidung mit Recht davon ausgegangen, daß der der Versicherungsanstalt im § 1518 Abs. 2 eingeräumte Ersatzanspruch einen selbständigen Anspruch darstellt, auf den die Vorschriften des bürgerlichen Rechts, betreffend den Uebergang einer Forderung nicht zur Anwendung gelangen können. Wenn nun aber weiterhin das Versicherungsamt zu einer Abweisung der Klage kommt auf Grund der Erwägung, daß durch die einmal erklärte Aufrechnung die Krankengeldforderung des Sch. im Betrage von 6,75 M. gleich nach der Entstehung wieder erloschen sei, und die Klägerin nach § 1518 Abs. 2 RVO. nicht mehr fordern könne, als Sch. selbst zu beanspruchen gehabt habe, so ist diesen Ausführungen nicht beizutreten.

§ 1518 Abs. 2 bestimmt, daß die Krankenkasse der Versicherungsanstalt Ersatz zu leisten hat, soweit der Kranke von der Kasse nach Gesetz oder Satzung Krankengeld zu beanspruchen hätte. Im vorliegenden Falle stand dem Sch. ein tägliches Krankengeld von 2 M. zu; er hatte also für die 35 Tage, in denen er auf Kosten der Klägerin verpflegt wurde, an sich 70 M. zu beanspruchen. In dieser Höhe hat die Klägerin einen selbständigen Ersatzanspruch gegen die Beklagte erworben, gegen den die Beklagte nicht ihren gegen den Sch. gerichteten Anspruch von 6,75 M. zur Aufrechnung stellen kann. Denn ebensowenig wie ein Verzicht des Kassenmitgliedes auf Krankengeld oder ein statutenwidriges Verhalten des Kranken gegen die nach § 1518 Abs. 2 Ersatz fordernde Versicherungsanstalt verwendet werden kann, ebensowenig braucht die Versicherungsanstalt eine dem Kassenmitgliede gegenüber abgegebene Aufrechnungserklärung gegen sich gelten zu lassen. Man kann nicht, wie das Versicherungsamt es getan hat, sagen, das Sch. zur Zeit der Uebernahme des Heilverfahrens gemäß der Satzung Anspruch auf das satzungsmäßige Krankengeld abzüglich der vordem zu viel gezahlten 6,75 M. hatte. Gemäß der Satzung hatte er das volle für Erwerbslose bestimmte Krankengeld zu beanspruchen, aber nur ihm gegenüber erlosch dieser Anspruch im Betrage von 6,75 M. infolge der Aufrechnungserklärung.

Die Klägerin ist demnach im Recht, wenn sie von der Beklagten noch die restlichen 6,75 M. verlangt. Das Urteil ist daher aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen gewesen, der Klägerin 6,75 M. zu zahlen. Eine Prüfung der von der Klägerin am Ende ihrer Berufsbegründung aufgeworfenen Frage hat sich bei dieser Sachlage erübrigt.

Durch § 13 Abs. 3 RVO. sind nur beamtete Mitglieder der Behörden von der Wählbarkeit ausgeschlossen.

Entsch. des **Sächs. Landesversicherungsamts** vom 22. Mai 1914.

Nach § 24 Abs. 1 RVO. hat die Aufsichtsbehörde der Krankenkasse — das ist gemäß § 377 Abs. 1 RVO. das Versicherungsamt — die zu den Organen der Kasse (gemäß § 327 RVO. Vorstand und Ausschuß) Gewählten ihres Amtes zu entheben, wenn Tatsachen bekannt werden, die die Wählbarkeit ausschließen. Der § 13 RVO., aus dessen dritten Absatz die Nichtwählbarkeit der Beschwerdeführer gefolgert wird, handelt von der Wählbarkeit als Vertreter der Unternehmer der anderen Arbeitgeber zu den Organen der Versicherungsträger und schreibt in seinem dritten Absatz vor: „Nicht wählbar sind Mitglieder einer Behörde, die Aufsichtsbefugnisse über einen Versicherungsträger hat.“ Dieser Absatz ist im Entwurf zur Reichsversicherungsordnung nicht enthalten gewesen und erst durch die Kommission hineingekommen. Aus dem Kommissionsbericht S. 11 ist nur zu ersehen, daß dieser Absatz die Möglichkeit einer Beeinflussung verhindern soll und allerdings damit eine gewisse Beschränkung der Wählbarkeit gegeben ist, aus der aber gegenüber dem Zwecke ein Bedenken, insbesondere vom Standpunkt der Versicherten aus, nicht entnommen werden kann. Zugegeben ist nun, daß der Sinn dieser Bestimmung zweifelhaft ist, da der Wortlaut „Mitglieder einer Behörde“ mißverständlich ist. Die Kommentatoren legen daher auch diese Vorschrift in verschiedenem Sinne aus, indem sie den Begriff „Mitglieder“ teils enger, teils weiter auffassen. Behörden, die Aufsichtsbefugnisse über Versicherungsträger haben, sind hauptsächlich das Versicherungsamt und das Reichs-

Digitized by Google

versicherungsamt bzw. Landesversicherungsamt, in gewissem Sinne auch das Oberversicherungsamt. Beim Oberversicherungsamt werden nun im § 68 RVO. die gewählten „Beisitzer" von den eigentlichen beamteten „Mitgliedern" ausdrücklich unterschieden. Denn nach § 68 besteht das Oberversicherungsamt aus Mitgliedern und Beisitzern. Aehnlich spricht sich die Reichsversicherungsordnung über die Zusammensetzung des Versicherungsamts aus; denn § 39 behandelt nur die beamteten Mitglieder (Vorsitzenden und Stellvertreter des Vorsitzenden), während nach § 40 in den vom Gesetz bestimmten Fällen als „Beisitzer" die gewählten Versicherungsvertreter beizuziehen sind. Das Reichsversicherungsamt und das Landesversicherungsamt besteht nach dem Wortlaut der Reichsversicherungsordnung (§§ 85 und 106) aus ständigen und nichtständigen Mitgliedern. Es werden also rein nach dem Wortlaut jedenfalls beim Versicherungsamt und Oberversicherungsamt die gewählten „Beisitzer" nicht als Mitglieder angesehen werden können; nur beim Reichsversicherungsamt und Landesversicherungsamt ist es hiernach zunächst zweifelhaft, ob die gewählten nichtständigen Mitglieder (§§ 87 und 106) in der gleichen Weise Mitglieder im Sinne von § 13 Abs. 3 sind, wie die ernannten beamteten ständigen Mitglieder (§§ 86 und 106 Abs. 2). Indessen ergibt ein Eingehen auf die Bedeutung der Tätigkeit dieser Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten bei den Versicherungsbehörden einen weiteren Beweis dafür, daß es keineswegs im Sinne des Gesetzgebers gelegen hat, gerade sie deshalb nicht mehr als Mitglieder der Organe eines Versicherungsträgers zuzulassen, weil sie bei der Spruch- und Beschlußtätigkeit der Versicherungsbehörden mitwirken. Denn während nach § 62 Abs. 3 JVG. vom 13. Juli 1899 die Vertreter der Arbeitgeber und Versicherten nicht Mitglieder des Vorstandes der Versicherungsanstalt sein durften, ist dieses Verbot nach § 41 Abs. 2 RVO. (§ 48 des Entwurfes) für die Versicherungsämter weggefallen, und zwar nach der Begründung zum Entwurf S. 51 gerade deshalb, weil „ihre Beschränkung auf die Versicherungsanstalten bei dem erweiterten Aufgabenkreis der Versicherungsämter nicht halbar war und es im Gegenteil für das Versicherungsamt erwünscht ist, sachkundige Männer, wie es Vorstandsmitglieder der Versicherungsträger zu sein pflegen, unter ihren Versicherungsvertretern zu haben". Gegen etwa mögliche Mißbräuche schützen §§ 1582, 1602 Nr. 7 (jetzt 1621, 1641 Nr. 7). Auf diese Paragraphen wird unten noch zurückgekommen sein. — Weiter durften nach § 104 Abs. 5 Nr. 1 JVG. die Mitglieder des Schiedsgerichts nicht Mitglieder des Vorstandes der Versicherungsanstalt sein. Auch dieses Verbot ist nach der Begründung zu § 84 des Entwurf zur RVO. S. 58 gerade aus den zu § 48 angestellten, eben zuvor bezeichneten Erwägungen in § 71 RVO. (§ 84 des Entwurfs), der von den Beisitzern des an die Stelle des Schiedsgerichts getretenen Oberversicherungsamts handelt, nicht übernommen worden. Ferner schrieb andererseits die Wahl der nichtständigen Mitglieder des Reichsversicherungsamts schon Nr. 2 und 3 des § 12 des Unfallversicherungs-Hauptgesetzes vom 30. Juni 1900 vor, daß zu Vertretern der Arbeitgeber die stimmberechtigten Mitglieder der Genossenschaften und zu Vertretern der Versicherten Personen, die auf Grund der Unfallversicherungsgesetze versichert sind, wählbar seien, und die §§ 93 und 94 RVO. (107 und 108 des Entwurfs), die nach § 107 Abs. 1 auch auf das Landesversicherungsamt Anwendung finden, haben diese Möglichkeiten nicht nur nicht beschränkt, sondern erweitert. Die Begründung S. 63 sagt dazu ausdrücklich: „An den Erfordernissen der Wählbarkeit ist gegenüber dem § 12 des Hauptgesetzes von 1900 nichts geändert. Hinzugefügt ist nur die Wählbarkeit von Personen, die Arbeitgebermitglieder oder Versicherungsvertreter in den Ausschüssen der Versicherungsanstalten oder den entsprechenden Vertretungen der Sonderanstalten sind, weil diesen durch ihre Tätigkeit besonders sachkundigen Personen die Mitwirkung im Reichsversicherungsamt ermöglicht werden soll." Alle diese Aeußerungen über die Gedanken und Zwecke, von denen sich der Gesetzgeber beim Entwurf der Reichsversicherungsordnung hat leiten lassen, zeigen deutlich, wie hoch gerade die Mitwirkung von Mitgliedern der Organe von Versicherungsträgern bei der Tätigkeit der Versicherungsbehörden bewertet worden ist, und einer der Kommentatoren zur Reichsversicherungsordnung, der Senatsvorsitzende im Reichsversicherungsamt Hanow, weist in seiner Anmerkung 7 zu § 13 auf Grund seiner Erfahrung besonders darauf hin, daß „gerade die Beteiligung der Vorstandsmitglieder der Berufsgenossenschaft an den Arbeiten des Reichsversicherungsamts für dieses seit jeher von besonderem Wert gewesen ist". Der Absicht des Gesetzes würde es also keineswegs entsprechen, sondern direkt entgegenstehen, wenn die Mitwirkung von Organen der Versicherungsträger bei der Tätigkeit der Versicherungsbehörden durch den nachträglich von der Kommission eingefügten Abs. 3 zu § 13 ausgeschlossen und unmöglich gemacht sein sollte. Es bietet auch der Bericht über die Kommissionsverhandlungen (S. 11) und die Reichstagsverhandlungen (S. 6384 und 7210), da eine Debatte über den Antrag nicht entstand, keinen irgendwelchen Anhalt für die Annahme, daß diese Mitwirkung ausgeschlossen sein solle. Der Abs. 3 des § 13 hat also diese Folge weder haben können noch wollen, und unter „Mitgliedern" im Sinne dieser Be-

Digitized by Google

stimmung sind nur die eigentlichen „beamteten Mitglieder" der Versicherungsbehörden zu verstehen.

Durch diese Auslegung findet auch zugleich eine Unstimmigkeit, die sonst in der Beurteilung der neu eingefügten Bestimmung besteht, eine sich von selbst ergebende einfache Erklärung. Es ist nämlich darauf hinzuweisen, daß § 13 lediglich von der Wahl der Vertreter der Unternehmer oder anderen Arbeitgeber handelt, während der folgende § 14 anderseits nur die Wahl der Vertreter der Versicherten behandelt, und es ist an sich auffallend, warum eine gleiche Bestimmung, wie sie Abs. 3 dem § 13 anfügt, nicht auch für § 14 beantragt worden ist. Die Ansicht des Oberversicherungsamts, daß die Bestimmung des § 13 Abs. 3 nicht nur für die Vertreter der Arbeitgeber, sondern auch für die der Versicherten gelte, ist bei dem Fehlen einer entsprechenden Vorschrift in § 14 nicht stichhaltig und durch nichts gerechtfertigt. Dagegen wird dieser scheinbare Widerspruch sofort geklärt, wenn man davon ausgeht, daß es sich nur um die beamteten Mitglieder der Versicherungsbehörden handelt, deren Wahl als Vertreter der Arbeitgeber, aber nicht der Versicherten, unzulässig ist. Denn der Fall, daß Versicherte als beamtete Behördenmitglieder denkbar sind, ist von vornherein ausgeschlossen, während Beamte regelmäßig als Arbeitgeber eines Versicherungspflichtigen (Dienstboten) auftreten werden.

Eine weitere Unterstützung findet die vom Landesversicherungsamt vertretene Ansicht durch eine Bestimmung der Reichsversicherungsordnung selbst, auf die schon oben beim Anführen der zu § 41 RVO. angezogenen Begründung S. 51 hingewiesen worden ist, nämlich durch § 1641 Ziff. 7. Dort heißt es, daß „von der Mitwirkung im Spruchausschuß ausgeschlossen ist, wer als Mitglied eines Organs des Versicherungsträgers bei dem Beschluß über die Leistung mitgewirkt hat". Diese Bestimmung gilt nach § 1679 ebenso für das Verfahren vor der Spruchkammer und nach §§ 1698 und 1701 auch des Spruchsenats, nach § 1789 ferner für das gesamte Beschlußverfahren und nach § 1621 auch für das vorbereitende Verfahren vor dem Versicherungsamt in Invalidensachen. Eine solche Vorschrift wäre aber überflüssig, wenn die Mitglieder der Organe der Versicherungsträger von der Mitgliedschaft bei den Versicherungsbehörden regelmäßig ausgeschlossen wären; dieser Umstand ist also ein weiterer Beweis dafür, daß durch die Ausnahmevorschrift des § 13 Abs. 3 nicht die Mitglieder im weiteren Sinne, sondern nur die beamteten Mitglieder getroffen werden sollten.

B. Zur Krankenversicherung.

Muß beim Antrag auf Ruhen der Rechte und Pflichten nach § 519 RVO. auch der Zeitpunkt des Eintritts in die Ersatzkasse nachgewiesen werden?

Entscheidungen. a) des **Versicherungsamts der Stadt Osnabrück** vom 15. Juli 1914; b) des **Oberversicherungsamts** in Osnabrück vom 19. August 1914.

a)

§ 519 RVO. bestimmt, daß bei Stellung eines Ruheantrags nach § 517 RVO. Name und Sitz der Ersatzkasse mitzuteilen und die Zugehörigkeit zu derselben nachzuweisen ist. In dem der Allgemeinen Ortskrankenkasse eingereichten Ruheantrage ist nun zwar die Mitgliedschaft des K. bei der Ersatzkasse bestätigt, es ergibt sich aber nicht der Zeitpunkt des Beginns dieser Mitgliedschaft. Der Vorstand der Allg. Ortskrankenkasse mußte daher mit Recht annehmen, daß die Mitgliedschaft zur Ersatzkasse erst vom 14. Februar 1914 datiert. Auf Grund dieser berechtigten Annahme konnte er aber dem eingebrachten Antrage v. 16. Febr. 1914 erst zum 1. April 1914 entsprechen; denn die Bestimmung des § 520 Abs. 1 RVO., wonach der Ruheantrag frühestens für den Beginn des nächsten Kalendervierteljahrs gestellt werden kann, wenn er beim Eintritt in die Krankenkasse nicht rechtzeitig gestellt worden ist, gilt auch, wie Abs. 2 des § 520 RVO. besagt, für solche Krankenkassenmitglieder, die erst nach dem Eintritt in die Krankenkasse einer Ersatzkasse beitreten.

Wenn dem Vorstand der Allg. Ortskrankenkasse später der Nachweis erbracht wurde, daß K. schon vor dem 1. Januar 1914 der Ersatzkasse angehörte, so konnte dies auf den Entschluß des Kassenvorstandes keinen Einfluß haben, weil die im § 519 RVO. vorgesehene Frist verstrichen war.

b)

Die Ersatzkasse, der vom Bundesrat die Befugnis erteilt ist, statt des Versicherungspflichtigen die Anträge auf Ruhen zu stellen (§ 519 Abs. 2), erhob gegen die vorstehende Entscheidung Beschwerde. Das Oberversicherungsamt hob die Entscheidung auf und erkannte dahin, daß die Rechte und Pflichten des K. als Mitglied der Allg. Ortskrankenkasse mit Wirkung vom 17. Februar 1914 ab ruhen. — Aus den Gründen:

Eine Vorschrift darüber, daß der Antrag (aus § 519 Abs. 1 RVO.) auch den Beginn der Mitgliedschaft bei der Ersatzkasse enthalten muß, besteht nicht. Durch eine einfache Nachfrage bei der Ersatzkasse konnte die Ortskrankenkasse den Beginn der Zugehörigkeit feststellen, zumal sie nach ihrer Gegen-

Digitized by Google

schrift für sich das Recht in Anspruch nimmt, zu prüfen, ob der Antrag rechtzeitig gestellt ist.

Wie aus dem Schreiben der Beschwerdeführerin an das Versicherungsamt vom 11. Juni 1914 bedenkenfrei zu entnehmen ist, ist K. schon seit dem 6. April 1911 Mitglied der Ersatzkasse. Der Antrag dieser Kasse vom 16. Februar 1914 auf das Ruhen der Rechte und Pflichten des K. bei der Allg. Ortskrankenkasse ist bei der letzteren am 17. Febr. 1914 eingegangen. Nach § 45 ihrer Satzung werden die Beiträge für Versicherungspflichtige nachträglich von den Arbeitgebern in monatlichen Raten in der Woche nach Ablauf jeder Zahlungsperiode durch den Kassenboten abgeholt. Der erste Zahltag im Sinne des § 393 RVO. war somit der 1. Febr. 1914 Hiernach ist der Antrag nach § 517 gemäß § 519 rechtzeitig bei dem Kassenvorstand gestellt worden.

Anmerkung: Wir halten die Entscheidung des Oberversicherungsamts für unrichtig. Wer von dem Recht aus § 517 Abs. 1 Gebrauch machen will, hat den Antrag beim Eintritt in die Krankenkasse oder spätestens am zweiten Zahltag darauf zu stellen; „dabei" hat er seine Zugehörigkeit zur Ersatzkasse nachzuweisen (§ 519). Der Nachweis der Zugehörigkeit gehört also zur Begründung des Antrages, und nur ein begründeter Antrag kann die im § 517 vorgesehene Wirkung haben. Diese Wirkung tritt im Falle des § 519 sofort, für Mitglieder aber, die erst nach dem Eintritt in die Krankenkasse einer Ersatzkasse beitreten, erst später ein (§ 520 Abs. 2). Wer also mit seinem Antrage die sofortige Wirkung des Ruhens seiner Rechte und Plichten erstrebt, muß den Antrag auch insoweit begründen, d. h. er muß nachweisen, daß er schon beim Eintritt in die Krankenkasse Mitglied der Ersatzkasse war. Das ist in dem im § 519 Abs. 1 aufgestellten Erfordernis des Nachweises der „Zugehörigkeit" sinngemäß mit enthalten.

Eine nach § 314 RVO. erloschene freiwillige Mitgliedschaft kann nicht durch Vereinbarung wieder wirksam werden.

Entscheidung des Versicherungsamts der Stadt Breslau vom 10. September 1914

Der Kläger hatte am 31. Dezember 1913 die Zahlung der Beiträge als freiwilliges Mitglied der Beklagten ohne ausdrückliche Erklärung eingestellt, da er annahm, daß er infolge seines 4000 M. übersteigenden Jahreseinkommens vom 1. Januar 1914 an nicht mehr berechtigt sei, die Versicherung fortzusetzen. Nachdem er von einer Entscheidung Kenntnis erhalten hatte, nach der bei den vor dem 1. Januar 1914 begründeten Versicherungsverhältnissen ein höheres Einkommen als 4000 M. kein Hinderungsgrund für die Fortsetzung der Versicherung sein sollte, richtete er am 14. April 1914 an die Beklagte die Anfrage, ob er seine freiwillige Versicherung durch Nachzahlung der Beiträge fortsetzen dürfe. Die Beklagte gestattete ihm dies, worauf der Kläger am 27. April 1914 23,34 M. an die Beklagte zahlte. Später erhielt der Kläger Kenntnis davon, daß das Reichsversicherungsamt unter dem 23. Mai 1914 eine jener Rechtsauffassung entgegengesetzte Entscheidung getroffen habe. Er forderte darauf den an die Beklagte nachträglich gezahlten Betrag von 23,34 M zurück. Die Beklagte lehnte aber unter dem 24. Juni 1914 die Rückzahlung mit folgendem Bescheide ab: „Da wir glaubhaft erfahren haben, daß Ihr regelmäßiges jährliches Einkommen viertausend Mark übersteigt, teilen wir Ihnen gemäß § 10 unseres Statuts hierdurch ergebenst mit, daß Ihre Mitgliedschaft erloschen ist (Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 23. Mai 1914). Ein Anspruch auf Zurückzahlung gezahlter Beiträge besteht nicht, da die Mitgliedschaft erst durch diese Mitteilung erlischt."

Der Kläger rief die Entscheidung des Versicherungsamts an. Dieses gab seinem Verlangen nur zum Teil statt.

Gründe:

Die Versicherungsberechtigung des Klägers ist, obwohl er schon beim Inkrafttreten des neuen Krankenversicherungsgesetzes am 1. Januar 1914 ein 4000 M. übersteigendes Jahreseinkommen hatte, damals trotz der Fassung von § 178 RVO. als formale Berechtigung bestehen geblieben, da nach § 314 Abs. 2 RVO. die Mitgliedschaft wegen Ueberschreitens der Einkommensgrenze nicht ohne weiteres, sondern erst mit der Zustellung der Vorstandsmitteilung, daß die Mitgliedschaft erloschen sei, erlischt. Nach der Sprache des Gesetzes hat die „Versicherungsberechtigung" fortbestanden, denn § 314 Abs. 2 RVO. bezeichnet ein Mitglied, dessen Versicherungsberechtigung nach § 178 RVO. schon erloschen, dem aber die Vorstandsmitteilung noch nicht zugegangen ist, auch als versicherungsberechtigtes Mitglied. Die Versicherungsberechtigung des Klägers ist aber bereits vor dem 24. Juni 1914, unter dem die Vorstandsmitteilung an ihn ergangen ist, aus einem anderen Grunde auch formal erloschen. Nach § 10 Abs. 4 der Satzung der Beklagten (§ 314 Abs. 1 Satz 1 RVO.) erlischt die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter, außer im Falle einer hier nicht erfolgten Austrittserklärung, dann, wenn sie zweimal nacheinander am Zahltag die Beiträge nicht entrichten und seit dem ersten dieser Tage mindestens 4 Wochen vergangen sind. Nach § 45 Abs. 1 der Satzung sind die Beiträge monatlich nachher in den ersten 8 Tagen des folgenden Monats, und zwar für den ersten und zweiten Quartalsmonat für je 4 Wochen und für den dritten Quartalsmonat für 5 Wochen einzuzahlen. Der Kläger hat in der Zeit vom 31. Dez. 1913 bis zum 27. April 1914 keine Beiträge entrichtet. Beitragsstundungen, die vielleicht eine besondere Beurteilung des Falles gerechtfertigt hätten, kommen nicht in Frage. Die Mitgliedschaft des Klägers ist daher wegen Nichtentrichtung der Beiträge an zwei Zahltagen Ende Februar 1914 erloschen. Ein Wiederaufleben der Versicherungsberechtigung konnte durch die Verhandlungen der Parteien im April 1914 nicht herbeigeführt werden, da das Entstehen von Versicherungsverhältnissen der

Digitized by Google

Reichsversicherung von der Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen abhängig ist und nicht dem Parteiwillen unterliegt. Die Vorstandsmitteilung vom 24. Juni 1914, daß die Mitgliedschaft erloschen sei, betraf schließlich eine bereits seit mehreren Monaten wegen Nichtentrichtung der Beiträge erloschene Mitgliedschaft, also ein nichts, und rief daher auch keine mit Rechtsfolgen verbundene Mitgliedschaftsbeendigung mehr hervor.

Der Kläger ist demnach bis Ende Februar 1914 versicherungsberechtigtes Mitglied der Beklagten gewesen. Er muß daher auch die bis zu diesem Zeitpunkte nach § 45 Absatz 1 der Satzung fällig gewordenen acht Wochenbeiträge von je 1,44 M. entrichten (Hahn, Handb. der Krankenversicherung, Anm. 1d zu § 314 RVO.). Sein Rückerstattungsanspruch ist deshalb in Höhe von 11,52 M. ungerechtfertigt.

Im übrigen ist sein Anspruch aber begründet. Es liegt eine ungerechtfertigte Bereicherung der Beklagten vor. Der Kläger hat mit seiner Mehrleistung nach dem Inhalte der rechtsgeschäftlichen Vereinbarungen zwischen den Parteien den Erfolg bezweckt, seine Versicherungsberechtigung wieder aufleben zu lassen, dieser Erfolg ist aber, da die Begründung des Versicherungsverhältnisses durch den Parteiwillen nicht möglich war und ein etwa entstandenes Rechtsverhältnis außerdem durch die Vorstandsmitteilung vom 24. Juni 1914 alsbald sein Ende gefunden hätte, nicht eingetreten. Es liegt demnach der Fall der ungerechtfertigten Bereicherung vor (§ 812 Abs. 1 BGB.). Die Beklagte ist deshalb zur Herausgabe der Mehrleistung von 11,82 M. als einer ungerechtfertigten Bereicherung verpflichtet.

Bestimmungen über Beschlußfähigkeit des Ausschusses gelten nicht bei der Wahl des Vorstandes. — Behinderung am Erscheinen im Wahltermin.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 9. Mai 1914.

Am 30. Dezember 1913 fand in O. die Wahl zum Vorstand der Allgemeinen Ortskrankenkasse des Kreises O. statt. Mehrere Ausschußmitglieder wohnen in B. auf der Insel F. Ein Teil von ihnen war zur Wahl erschienen. Ein anderer Teil war am Erscheinen verhindert, weil die Eisenbahnverbindung zwischen F. und dem Festland durch Hochwasser unterbrochen war. Dies teilte einer der Verhinderten dem Landrat als dem Vertreter des Versicherungsamts vor der Wahl durch Fernsprecher mit. Zugleich bat er, die Wahl zu vertagen. Der Landrat ließ jedoch die Wahl vornehmen. Zugegen waren zehn Mitglieder des Ausschusses, zu dessen Beschlußfähigkeit nach § 73 Abs. 6 der Kassensatzung die Anwesenheit von sieben Mitgliedern genügt. In der gleichen Sitzung fand die Wahl des Vorsitzenden des Ausschusses statt. Auf Vorschlag des Landrats wurde der Zimmermeister D. mit Stimmenmehrheit gewählt.

Beide Wahlen wurden von einigen der verhinderten Ausschußmitglieder rechtzeitig angefochten. Es wurde gerügt, daß dem Antrag auf Vertagung der Vorstandswahl nicht stattgegeben worden sei. Das Versicherungsamt erklärte die Einsprüche für unbegründet. Beschwerde und weitere Beschwerde wurden zurückgewiesen.

Die Anfechtung der Vorstandswahl wird darauf gestützt, daß mehrere in B. auf F. wohnhafte wahlberechtigte Ausschußmitglieder an der Wahl nicht teilnehmen konnten, weil die Eisenbahnverbindung zwischen F. und dem Festland durch Hochwasser unterbrochen war. Andere, gleichfalls in B. wohnhafte Ausschußmitglieder waren jedoch, wie bemerkt, bei der Wahl anwesend. Es kann sich daher fragen, ob nicht die verhinderten Ausschußmitglieder bei Benutzung einer früheren Beförderungsgelegenheit auch rechtzeitig zur Wahl erscheinen konnten, und ob sie es an der erforderlichen Vorsicht fehlen ließen, wenn sie gleichwohl einen späteren Zug benutzen wollten. Alsdann wäre eine Verhinderung durch Naturereignisse oder sonstige unabwendbare Zufälle überhaupt nicht anzunehmen (zu vgl. Revisionsentsch. 997, Amtl. Nachr. 1902 S. 511, und Hahn, Handbuch der Krankenversicherung Anm. 3 zu § 131 RVO.). Indessen mag das auf sich beruhen. Denn die Wahl kann aus dem geltend gemachten Grunde keinesfalls für ungültig erklärt werden. Sie richtet sich nach den Grundsätzen der Verhältniswahl (zu vgl. § 15 Abs. 1 RVO.). Wenn bei einer solchen im Wahltermine Wahlberechtigte nicht erscheinen, so sind die erschienenen Wahlberechtigten grundsätzlich befugt, ihr Wahlrecht auszuüben. Dabei macht es im allgemeinen keinen Unterschied, aus welchen Gründen die anderen Wahlberechtigten fernbleiben. Es ist daher regelmäßig auch unerheblich, ob das auf Naturereignissen oder sonstigen unabwendbaren Zufällen beruht. Solche Vorgänge fallen unter den Begriff der „höheren Gewalt" (zu vgl. Entscheidungen des Reichsgerichts in Zivilsachen Bd. 21 S. 13). Sie begründen, soweit es sich nicht um Ansprüche aus einer Versicherung handelt, grundsätzlich keinen Schadenersatzanspruch (zu vgl. § 701 BGB., § 456 HGB., § 1 RHG. vom 7. Juni 1871). Daher können sie regelmäßig Dritten nicht zum Nachteil gereichen. Das muß auch für Fälle der vorliegenden Art gelten, und zwar um so mehr, als das Interesse der Kasse ihre möglichst baldige ordnungsmäßige Verwaltung erfordert. Diese würde nicht selten erheblich verzögert, wenn jeder Wahlberechtigte eine Wahl anfechten könnte, weil er infolge von Naturereignissen oder sonstigen unabwendbaren Zufällen an ihr nicht teilnehmen konnte. Auch eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand kommt nicht in Frage. Sie ist nur bei Versäumung gesetzlicher Verfahrensfristen, nicht aber von Terminen

Digitized by Google

zulässig (zu vgl. § 233 ZPO., § 131 RVO.). Natürlich gelten diese Grundsätze nicht, wenn der Wahlleiter schon bei Anberaumung des Wahltermins wußte oder wissen mußte, daß eine Reihe von Wahlberechtigten wegen unabwendbarer Zufälle an der Wahl nicht werde teilnehmen können. Denn dann ist die Ausübung des Wahlrechts durch den Wahlleiter schuldhaft vereitelt. Ein solcher Fall liegt aber nicht vor. Auch kann dahingestellt bleiben, ob die dargelegten Grundsätze dann anzuwenden sind, wenn der Wahlkörper ohne die verhinderten Wahlberechtigten nicht mehr angemessen zusammengesetzt ist. Auch das kommt hier nicht in Frage. Denn bei der Wahl waren mehr Ausschußmitglieder anwesend, als zur Beschlußfähigkeit erforderlich sind. Die Vorinstanzen haben auf letzteren Umstand allein entscheidendes Gewicht gelegt. Das ist allerdings nicht zutreffend. Das Wahlrecht zum Vorstand steht nach § 335 RVO. den einzelnen Mitgliedern des Ausschusses, nicht diesem als solchem zu. Die Vorstandswahl gehört daher nicht zu den Willenserklärungen des Ausschusses selbst. Nur für diese kommt aber die Beschlußfähigkeit des Ausschusses in Frage. Daran ändert auch der Umstand nichts, daß die Wahl in einer Ausschußsitzung stattzufinden hatte.

Der Landrat war hiernach nicht verpflichtet, dem Antrag der verhinderten Ausschußmitglieder auf Vertagung der Wahl stattzugeben. Ob er die Wahl hätte vertagen können und sollen, ist hier nicht zu erörtern. Entscheidend ist vielmehr, daß ein die Aufhebung der Wahl rechtfertigender Mangel des Wahlverfahrens nicht vorliegt. Die in den Beschwerdeschriften angeführten Entscheidungen des Königlich Preußischen Oberverwaltungsgerichts vom 8. Juli 1909 (Zentralblatt der Reichsversicherung 1910 S. 318) und vom 27. Juni 1910 (Arb.-Vers. 1911 S. 662), welche die Einwirkung von Verfahrensmängeln auf die Gültigkeit der Wahl betreffen, sind demnach in diesem Falle nicht anzuwenden. Die weitere Beschwerde war daher, soweit sie die Vorstandswahl betrifft, zurückzuweisen.

Das gleiche gilt, soweit es sich um die Wahl des Ausschußvorsitzenden handelt. Allerdings sind die Ausschußmitglieder als Wahlberechtigte befugt, Vorschläge für die Wahl des Vorsitzenden zu machen. Vorliegend war aber, wie sich aus dem Berichte des Versicherungsamts an das Oberversicherungsamt vom 12. Februar 1914 ergibt, die Wahl des Zimmermeisters D. zum Vorsitzenden bereits gültig vollzogen, bevor die Zulassung von Vorschlägen der Ausschußmitglieder beantragt wurde. Diesem Antrag brauchte daher der Wahlleiter nicht mehr stattzugeben.

C. Zur Unfallversicherung.

Berufsgenossenschaftliche Zugehörigkeit der mit einem industriellen Werke verbundenen Konsumanstalt.

Entscheidung des Oberversicherungsamts in Dortmund vom 3. September 1914.

Die Firma H. & S. ist Mitglied der Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft. Ihrem Betrieb ist seit mehreren Jahren eine Konsumanstalt angegliedert, die bisher als Nebenbetrieb der Firma mitversichert war. Die Detailhandels-Berufsgenossenschaft hat beantragt, sie ihr zu überweisen; seitens der Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft ist dieser Antrag jedoch abgelehnt. Die Detailhandels-Berufsgenossenschaft hat nach § 688 der RVO. die Entscheidung des Oberversicherungsamts angerufen. Dieses erklärte jedoch den Antrag für unbegründet. — Gründe:

Nach § 631 der RVO. sind sowohl wesentliche Bestandteile verschiedener Gewerbszweige, wie Nebenbetriebe der Genossenschaft zuzuteilen, der der Hauptbetrieb angehört. Daß der Hauptbetrieb, die Firma H. & S. der Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft angehört, ist unbestritten. Es kommt mithin für die Frage der Zugehörigkeit der Konsumanstalt darauf an, ob dieselbe als wesentlicher Bestandteil oder als Nebenbetrieb des Werkes zu gelten hat.

Als wesentlich für das Bestehen der Firma H. & S. kann die Konsumanstalt nun allerdings nicht angesehen werden. Wie die Detailhandels-Berufsgenossenschaft richtig hervorhebt, hat sie mit den Betriebszwecken des industriellen Werkes nichts gemein, die Anstalten, die dem Wohle der Angestellten gewidmet sind, sind teils von der Direktion, teils von den Angestellten im Wege genossenschaftlicher Selbsthilfe errichtet, sie werden auch meist zu einer Zeit benutzt, in dem die Angestellten in dem Betriebe nicht beschäftigt sind. Ein betriebstechnischer Zusammenhang der Konsumanstalt mit dem Werk, derart, daß sie als wesentlicher Bestandteil anzusehen wäre, besteht also nicht.

Dagegen muß sie als Nebenbetrieb im Sinne des § 631 der RVO. gelten. Der Begriff des Nebenbetriebes erfordert lediglich wirtschaftliche Zusammengehörigkeit bei entsprechenden räumlichen Verhältnissen (vergl. Komm. von Moesle u. Rabeling, Anm. 3 zu § 631, § 97 BGB.).

Digitized by Google

Es ist nicht bestritten, daß die Konsumanstalt der Befriedigung der persönlichen Bedürfnisse der Angestellten und ihrer Familienglieder dient und daß kein Gewinn mit ihr erzielt wird. Ihr Zweck ist also, die Angestellten der Firma mit billigen und guten Nahrungsmitteln zu versehen, dies dient aber unmittelbar auch dem Interesse des Betriebes, indem dadurch ein Stamm gesunder und tüchtiger Arbeiter erhalten wird. Eine wirtschaftliche Zusammengehörigkeit ist also zweifellos vorhanden. Daß Konsumanstalt und Hauptwerk in entsprechendem räumlichen Verhältnis stehen, ist ebenfalls ohne weiteres ersichtlich, da sonst ein erfolgreicher Betrieb der ersteren nicht möglich wäre.

Anmerkung: Siehe über einen ähnlichen Fall Heft 25 S. 593.

Neue Feststellung der Dauerrente.

Entsch. des Oberversicherungsamts in Königsberg vom 3. Februar 1914.

Dem Kläger war für die Folgen eines am 19. Juli 1910 erlittenen Unfalles durch Bescheid der Berufsgenossenschaft vom 24. Januar 1911 die Vollrente zugesprochen. Durch einen weiteren Bescheid vom 27. April 1912 wurde diese Rente auf 66⅔ % und durch Bescheid vom 23. Juli 1912 auf 50 % mit dem 1. August 1912 herabgesetzt. Alle Bescheide erlangten Rechtskraft. Diese Rente setzte die Berufsgenossenschaft mittels Bescheides vom 22. Januar 1913, der gleichfalls rechtskräftig geworden ist, als Dauerrente im Sinne des § 1585 RVO. fest. Dann erließ die Beklagte unterm 11. September 1913 einen neuen Bescheid, inhalts dessen vom 1. November 1913 an eine neue Dauerrente von 33⅓ % festgesetzt wurde. Auf Einspruch des Verletzten wurde dieser Bescheid durch Endbescheid vom 11. November 1913 bestätigt und der Bescheid vom 22. Januar 1913 zurückgezogen.

Nach § 609 RVO. darf, wenn eine Dauerrente rechtskräftig festgestellt ist, eine neue Feststellung nur in Zeiträumen von mindestens einem Jahr vorgenommen oder beantragt werden. Diese Fristen werden nicht einmal durch Einleitung eines Heilverfahrens berührt. Wenn auch tatsächlich die Rente von 50 % seit dem 1. August 1912 gewährt wird und die Herabsetzung der Rente auf 33⅓ % erst mit dem 1. November 1913 rechtswirksam geworden ist, so war die Berufsgenossenschaft, da der gesetzlich vorgeschriebene Zeitraum seit der rechtskräftig festgestellten Dauerrente durch Uebereinkommen mit dem Verletzten nicht gekürzt worden ist, nicht berechtigt vor Ablauf eines Jahres, nachdem der Verletzte in den Genuß der Dauerrente als Dauerrente getreten war, diese anderweitig festzusetzen. Diese Auffassung widerspricht auch nicht der Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamts Nr. 1885 in den Amtl. Nachr. 1901 S. 601, in der nur ausgeführt ist, daß für den Beginn der einjährigen Schutzfrist der Tag des Wirksamwerdens der Rentenfeststellung maßgebend ist. Da es sich im vorliegenden Falle nicht um einen Rentenänderungsbescheid handelte, sondern um Festlegung einer Rente als Dauerrente handelt, so geht aus § 609 RVO. hervor, daß diese Dauerrente auch erst ein Jahr nach ihrer Feststellung geändert werden kann.

(Breithaupt.)

Versicherungspflicht und berufsgenossenschaftliche Zugehörigkeit der Obstpächter.

Bescheid des Reichsversicherungsamts vom 25. April 1912.

Im allgemeinen gelten diejenigen Personen, welche das Obst fremder Bäume zur Aberntung ersteigern und mangels eigenen landwirtschaftlichen Betriebs bei der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft nicht versichert sind, bei der Obsternte als im landwirtschaftlichen Betriebe des Baumbesitzers beschäftigte Personen (Arbeiter), wenn ihnen nicht etwa eine nennenswerte Fürsorge für den Grund und Boden durch Vertrag (Verpachtung) derart übertragen ist, daß sie selbst als Unternehmer eines auf die Obsterzeugung gerichteten Betriebs anzusehen sind. Dagegen werden diejenigen Personen, die durch eigenen Grundbesitz bei der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft als Unternehmer versichert sind, wenn sie bei der Aberntung fremder Bäume verunglücken, meist als in ihrem eigenen landwirtschaftlichen Betriebe anzusehen sein, sofern nur die Aberntung mit diesem Betrieb in wirtschaftlichem Zusammenhange steht. Regelmäßig ohne Bedeutung für die Versicherungspflicht ist es, ob der Obstpächter im übrigen in dem Straßenbau- und Obstbaubetriebe beschäftigt wird. Ist der Obstpächter für einen dritten Obststeigerer tätig und unterhält dieser einen versicherungspflichtigen Betrieb, zu dem die Obsternte gehört, so hat die Berufsgenossenschaft, welcher der Obststeigerer angehört, einzutreten. Die Frage, ob etwa eine bei der Obsternte beschäftigte und dabei verunglückte Person nur dann durch die Berufsgenossenschaft zu entschädigen ist, wenn der Verunglückte das Obst unmittelbar für den Eigentümer der Bäume, etwa den Kommunalverband, pflückt, und dieser es erst nach dem Pflücken verkauft, ist zu verneinen.

Im übrigen ist die versicherungspflichtige Einbeziehung eines Obstpflückers, der für den Obstkäufer tätig ist, in die Unfallversicherung des Betriebs des Baumbesitzers nur unter der Voraussetzung möglich, daß der Obstpflücker nach seinen wirtschaftlichen und sozialen Verhältnissen noch auf der Stufe der Arbeiter und Kleinunternehmer steht, für deren Schutz die öffentlich-rechtliche Unfallversicherung bestimmt ist.

Digitized by Google

Stundung der Umlagebeiträge bei Notständen.

Bescheid des **Reichsversicherungsamts** vom 2. Juli 1913.

Im Hinblick auf die §§ 25, 736, 1011 der Reichsversicherungsordnung kann es nicht als zulässig angesehen werden, daß zur Unterstützung einzelner durch Hochwasser geschädigter Landwirte im dortigen Bezirke Mittel aus dem Vermögen der Berufsgenossenschaft verwendet werden. Dagegen sind gegen eine Stundung von Beiträgen zur Unfallversicherung in geeigneten Einzelfällen auf angemessene Zeit Bedenken nicht zu erheben.

Übertragung der strafrechtlichen Verantwortlichkeit des Unternehmers.

Beschluß des **Bayerischen Landesversicherungsamts** vom 13. Dezember 1913.

Hat der mit der Bauleitung betraute Baumeister oder Bauhandwerker durch unterschriftliche Erklärung die Verantwortung übernommen, so ist das für seine Stellung gegenüber der Baupolizeibehörde nach § 72 der Bauordnung und § 27 der bayerischen oberpolizeilichen Vorschriften vom 21. August 1909 zum Schutze der bei Bauten beschäftigten Personen von Bedeutung und soll die Rechtslage besonders auch gegenüber dem Strafrichter klarstellen; die Frage, wer der Berufsgenossenschaft gegenüber für die Einhaltung der Unfallverhütungsvorschriften verantwortlich ist, wird hierdurch nicht berührt. Die Haftung des Poliers „für alles" deckt sich rechtlich nicht mit der Uebertragung der Pflichten des Unternehmers nach § 913 RVO. Hat der Unternehmer seine Pflichten nicht in ausdrücklicher Form übertragen, so ist er für etwaige Mißstände verantwortlich.

Beschwerde des Unternehmers bei Widerspruch gegen seinen Antrag auf Löschung seines Betriebs.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 25. Mai 1914.

Der Unternehmer R., der seit dem 1. Januar 1906 mit seinem Betrieb in das Betriebsverzeichnis einer Berufsgenossenschaft aufgenommen ist, hat in einem Schriftsatz vom 19. Oktober 1913 beim Oberversicherungsamte beantragt, seine Mitgliedschaft aufzuheben. Die um Gegenäußerung ersuchte Berufsgenossenschaft hat am 22. November 1913 Zurückweisung der Beschwerde beantragt. In einem weiteren Schriftsatz vom 10. Dezember 1913 ist R., dem die Erklärung der Berufsgenossenschaft mitgeteilt worden war, bei seinem früheren Antrag verblieben. Darauf hat das Oberversicherungsamt durch Entscheidung vom 16. Januar 1914 die Beschwerde als nicht begründet erachtet. Hiergegen richtet sich die rechtzeitig erhobene weitere Beschwerde.

Mit seinen Eingaben an das Oberversicherungsamt bezweckte der Unternehmer die Löschung seines Betriebs im Betriebsverzeichnisse der Berufsgenossenschaft. Für diesen Fall hat die Reichsversicherungsordnung in den besonderen Vorschriften, über das Verfahren in Katasterstreitsachen (§§ 660 ff.), keine instanzielle Beschwerde beim Oberversicherungsamte vorgesehen. Insbesondere enthält der § 670, der das Verfahren bei Löschung eines Betriebs behandelt, keine Vorschrift, wonach die Entscheidung des Oberversicherungsamts anzurufen sei, wenn die Berufsgenossenschaft sich weigert, den Antrag des Unternehmers auf Löschung des Betriebs stattzugeben. Denn der § 670 verweist nur auf die §§ 666, 667, welche die Beschwerde gegen die Ueberweisung eines Betriebs regeln, nicht aber auf § 669, der eine Entscheidung des Oberversicherungsamts für den Fall vorsieht, daß die Berufsgenossenschaften der Umschreibung des Betriebs widersprechen. Hieraus ist gefolgert worden, daß dem Unternehmer, wenn die Berufsgenossenschaft entgegen seinem Antrag die Löschung des Betriebs verweigert, nur die Aufsichtsbeschwerde beim Reichsversicherungsamt verbleibe (zu vgl. Moesle-Rabeling, 3. Aufl. S. 308 Anm. 2 zu § 670 RVO.). Diese Auffassung ist nicht zutreffend. Außer der besonderen Beschwerde im Katasterstreitverfahren kommen noch die allgemeinen Vorschriften über die Beschwerde (§§ 1791 ff.) in Betracht. Nach § 1791 ist, soweit dieses Gesetz nichts anderes vorschreibt, gegen die Entscheidungen der Versicherungsträger Beschwerde zulässig, die in Sachen der Unfallversicherung an das Oberversicherungsamt geht. Die Entscheidung eines Versicherungsträgers liegt hier vor. Sie ist in dem Schriftsatz der Berufsgenossenschaft vom 22. November 1913 enthalten, worin diese sich weigert, in die Löschung des Betriebs zu willigen. Der Begriff der Entscheidung ist in der Reichsversicherungsordnung nicht eng begrenzt. Unter Entscheidungen der Versicherungsträger sind auch Verfügungen und Anordnungen zu verstehen (zu vgl. Begr. S. 517). Eine ausdrückliche anderweite Regelung des Beschwerdeverfahrens, wodurch die Anwendbarkeit des § 1791 ausgeschlossen würde, findet sich für die Versagung der Löschung nicht im Gesetze, insbesondere nicht im § 670. Aus den Vorschriften über das Verfahren in Katasterstreitsachen folgt auch nicht, daß sie eine erschöpfende, die allgemeine Vorschrift des § 1791 ausschließende Regelung der Beschwerde enthalten. Vielmehr kann angenommen werden, daß die im Gesetze aufgeführten Fälle lediglich wichtigere Beispiele der im übrigen nach der allgemeinen Regel zu beurteilenden Beschwerden bilden. Dies ergibt sich auch daraus, daß die Reichsversicherungsordnung

Digitized by Google

allgemein eine Aufsichtsbeschwerde nicht vorsieht, wenn durch eine Entscheidung die Rechte dritter der Aufsicht des Reichsversicherungsamts nicht unterworfenen Personen berührt werden. Es ist nicht erfindlich, weshalb gerade bei Versagung der Löschung eines Betriebs eine Ausnahme hiervon gemacht werden sollte. Hiernach ist das Verfahren des Oberversicherungsamts bedenkenfrei.

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Strafbares Inverkehrbringen entwerteter Versicherungsmarken.

Urteil des **Reichsgerichts** vom 12. März 1913.

Der Angeklagte hatte in die Quittungskarte seines bei ihm im Jahre 1911 beschäftigten Arbeiters A. die vorgeschriebenen Marken nicht eingeklebt. Er gab ihm deshalb Anfang 1912 mehrere bereits entwertete Marken, die er aus der Karte des Arbeiters B. entnommen hatte mit dem Auftrag, sie in seine Karte einzukleben. A. tat dies aber nicht, sondern lieferte die Marken der Polizeibehörde unter Mitteilung des Sachverhaltes ab. Der Angeklagte wurde in erster Instanz von der Anklage aus § 1497 RVO. freigesprochen, weil das Gericht annahm, daß er entwertete Marken nicht „in Verkehr gebracht" habe. Auf Revision des Staatsanwalts wurde dies Urteil jedoch aufgehoben aus folgenden Gründen:

Da das „Inverkehrbringen" im Jahre 1912 stattgefunden hat, so scheidet das Invalidenversicherungsgesetz vom 13. Juli 1899 aus, und es kommen ausschließlich die Vorschriften des am 1. Januar 1912 in Kraft getretenen 4. Buches der Reichsversicherungsordnung zur Anwendung. Ein Wiederverwenden der Marken liegt allerdings nicht vor, da die dem A. übergebenen Marken nicht in die Quittungskarte eingeklebt worden sind. Allein fehl geht die Ausführung des Gerichtes, von einem „Inverkehrbringen" könne nicht die Rede sein, weil der Angeklagte die Marken nur dazu habe verwenden wollen, um seine gesetzliche Versicherungsbeitragspflicht dem A. gegenüber zu erfüllen, weil es sich daher um ein konkretes Rechtsverhältnis zwischen zwei von vornherein bestimmten Personen, welches durch das Einkleben der Marken seine Erledigung finden sollte, gehandelt habe. Die Staatsanwaltschaft rügt dagegen mit Recht, daß das Gericht den Begriff des Inverkehrbringens verkannt habe. Während § 187 JWG. vom 13. Juli 1899 denjenigen mit Strafe bedroht, der bereits verwendete Marken veräußert, verbietet § 1497 RVO., durch den der Tatbestand der strafbaren Handlung gegenüber dem § 187 a. a. O. erweitert worden ist, anstatt des Veräußerns jedes Inverkehrbringen der Marken. Dieser Begriff ist in § 1497 nicht näher erläutert, doch ist aus dem Zweck dieser Gesetzesbestimmung, jeder mißbräuchlichen Benutzung bereits verwendeter Marken vorzubeugen und daher zu verhindern, daß sie wieder in Umlauf gesetzt werden, zu entnehmen, daß darunter jede Handlung zu verstehen ist, durch welche solche Marken zur Benutzung für ihren ursprünglichen Zweck an andere überlassen werden unter Umständen, wo der vom Gesetz verpönte Mißbrauch nicht nur eintreten kann, sondern sogar eintreten soll. Rechtlich unerheblich ist, daß die Ueberlassung zur Erfüllung der dem Angeklagten dem A. gegenüber obliegenden Beitragspflicht erfolgte. Denn dieser Zweck macht das Inverkehrbringen nicht zum erlaubten, da es in § 1497 allgemein ohne Rücksicht auf den vom Täter verfolgten Zweck untersagt ist. Auch darauf kommt es nicht an, daß die Marken einer bestimmten Person übergeben sind. Der Begriff des Inverkehrbringens erfordert nicht, daß die Marken dem Publikum zugänglich gemacht sind, sondern es genügt jedes Ueberlassen an einen anderen zu einer ihrer ursprünglichen Zweckbestimmung entsprechenden Benutzung. (Deutsche Juristen-Zeitung Sp. 1444.)

Zu § 1445 Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung.

Entscheidungen des **Reichsversicherungsamts** vom 25. April 1914 (Ziff. 1874, 1875).

a)

Der im Jahre 1847 geborene Schiffer **Karl** S. in B., der nach einem Berichte des Kontrollbeamten seit 1883 als selbständiger Unternehmer tätig ist, hat sich am 18. August 1899 eine Quittungskarte Nr. 1 ausstellen lassen, weil er von jener Zeit ab vereinzelt für die S.-Werke in B. Arbeiten verrichtete, die von jenen für versicherungspflichtig gehalten wurden. Die von den S.-Werken verwendeten Marken sind daran kenntlich, daß sie mit einem Stempel entwertet sind, während die Entwertung der übrigen Marken handschriftlich erfolgt ist. Von den Marken in Quittungskarte Nr. 1 sind 14 mit Stempel entwertet. Darüber, daß die für die S.-Werke geleisteten Arbeiten tatsächlich nicht versicherungspflichtig waren, herrscht kein Streit. Alle sonst in den Karten Nr. 1 bis 12 enthaltenen Marken hat S. freiwillig verwendet, weil er glaubte, als

Digitized by Google

Schiffer zur Selbstversicherung berechtigt zu sein. Daß er nach § 1243 RVO. mit der Selbstversicherung nicht mehr beginnen durfte, weil er bei Ausstellung der Quittungskarte Nr. 1 bereits das 40. Lebensjahr vollendet hatte, war ihm nicht bekannt. Es fragt sich nun, wieweit die Marken als durch die Vorschrift in § 1445 Abs. 3 geschützt gelten. Nach ihr kann nach Ablauf von zehn Jahren seit Aufrechnung der Quittungskarte die rechtsgültige Verwendung der in der Aufrechnung bescheinigten Marken nicht mehr angefochten werden, sofern nicht, was hier unstreitig nicht der Fall, die Markenverwendung in betrügerischer Absicht erfolgt ist. Die erste Anfechtung der Markenverwendung ist vorliegendenfalls in dem Schreiben vom 2. Juni 1913 zu erblicken, worin der Kontrollbeamte im Auftrage des Vorstandes der Landesversicherungsanstalt S. darauf aufmerksam gemacht hat, daß abgesehen von den vierzehn in Karte Nr. 1 von den S.-Werken eingeklebten alle übrigen Marken nur als im Wege der freiwilligen Weiterversicherung verwendet angesehen werden würden. Von diesem Zeitpunkt ab ist also die zehnjährige Anfechtungsfrist zurückzurechnen. Das Versicherungsamt irrt aber, wenn es alle seit länger als zehn Jahren „verwendeten" Marken für die Anfechtung entzogen hält. Nur die mehr als zehn Jahre vor der Anfechtung „aufgerechneten" Marken sind geschützt. Dies ergibt sich ohne weiteres aus dem Wortlaut des Gesetzes. Daher war zur Zeit der Anfechtung die zehnjährige Frist noch nicht für Marken der Quittungskarte Nr. 2, die erst am 23. April 1904 aufgerechnet ist, sondern nur für den Markeninhalt der am 8. April 1902 aufgerechneten Quittungskarte Nr. 1 abgelaufen.

Trotz des Ablaufs der Anfechtungsfrist glaubt der Vorstand der Landesversicherungsanstalt die rechtsgültige Verwendung auch dieser Marken mit einziger Ausnahme der vierzehn von den S.-Werken verwendeten noch anfechten zu können, weil nicht solche Marken durch § 1445 Abs. 3 geschützt sein könnten, die der ausdrücklichen Vorschrift des § 1243 zuwider verwendet seien. Der Vorstand der Landesversicherungsanstalt beruft sich hierfür auf eine in den Amtlichen Nachrichten des Reichsversicherungsamts nicht veröffentlichte Revisionsentscheidung vom 3. Dezember 1912 in Sachen P. gegen Landesversicherungsanstalt O. (II a 5791/11). Dort ist allerdings der Versuch gemacht, den Schutz des § 1445 Abs. 3 für solche Fälle auszuschließen, die durch das Gesetz selbst eindeutig geregelt seien. Die Absicht des § 1445 Abs. 3 gehe nur dahin, nach Ablauf von 10 Jahren Streitigkeiten darüber nicht mehr zuzulassen, ob die im Hinblick auf bestimmte tatsächliche Verhältnisse geleisteten Versicherungsbeiträge entrichtet werden mußten oder durften. Nur an solche zweifelhafte Fälle habe der Gesetzgeber bei Einführung der Schutzvorschrift gedacht. Niemand könne sich aber in seinen Rechten und namentlich in seinem guten Glauben verletzt fühlen, wenn ihm später im Rentenverfahren entgegengehalten werde, die Beiträge, die er vor dem vollendeten sechszehnten Lebensjahre oder im Falle des Eintritts in die Selbstversicherung nach Vollendung des vierzigsten Lebensjahres geleistet habe, seien unzulässig. Das seien Umstände, die jedermann wissen müsse (zu vgl. auch den elften Absatz der Revisionsentsch. 1683, Amtl. Nachr. 1913 S. 406). Diesen Ausführungen konnte sich der Beschlußsenat nicht anschließen. Die Einführung des Begriffs „eindeutiger" Vorschriften muß an sich schon bedenklich erscheinen, da ihn das Gesetz nicht kennt und es an jedem sicheren Unterscheidungsmerkmale hierfür fehlen würde. Hierzu kommt, daß auch bei Fragen, die „eindeutig" geregelt zu sein scheinen, wie beispielsweise hier der Ausschluß des Eintritts in die Selbstversicherung mit dem vollendeten vierzigsten Lebensjahre, sich gleichwohl im Einzelfalle Zweifel ergeben können. Es wäre unverständlich, warum dann der sonst infolge des zehnjährigen Zeitablaufs eintretende Schutz nicht Platz greifen sollte. Vor allem aber fände eine solche einschränkende Auslegung des § 1445 Abs. 3 in dem allgemein gehaltenen Wortlaut der Gesetzesvorschrift keine Stütze. Auch entspräche sie nicht dem in den Beratungen der Reichstagskommission zum Ausdruck gebrachten Zweck dieser Vorschrift. Durch sie wollte man nämlich den Mißstand beseitigen, daß Rentenbewerber, die viele Jahre hindurch Marken verwendet hatten und der Meinung waren, ein Recht auf Rente zu haben, abgewiesen werden mußten, weil sie zur Beitragsleistung nicht berechtigt gewesen waren (zu vgl. Kommissionsber. zur RVO. 4. Teil S. 192 bis 195). In allen diesen Fällen handelt es sich um eine Markenverwendung, die an sich nicht hätte geschehen dürfen und nur infolge einer Rechtsverletzung erfolgt ist. Die Rechtsverletzung sollte aber durch die neue Vorschrift mit dem Ablauf von zehn Jahren geheilt werden, da die Anfechtung annehmbar wohlerworbener Rechte nach so langer Zeit zu einer unerwünschten Rechtsunsicherheit der Versicherten führen müßte. Nur dann sollte der Schutz nicht eintreten, wenn die Markenverwendung in betrügerischer Absicht herbeigeführt war. Auch solche Fälle auszuscheiden, in welchen der Versicherte infolge einer klaren Gesetzesvorschrift hätte wissen müssen, daß er zur Markenverwendung nicht berechtigt sei, hieße dem Wortlaut und Zweck des § 1445 Abs. 3 Zwang antun und eine neue Unsicherheit in die Behandlung der Frage hineintragen. Deshalb hat das Reichsversicherungsamt die Anwendung des § 1445 Abs. 3 auch für den Fall zugelassen, daß vor dem Beginn der Markenverwendung

Digitized by Google

Invalidität eingetreten ist, die Verwendung der Marken also gegen § 1236 verstößt (zu vgl. die nachfolgende Entsch. Ziff. 1875). Auch die weiteren Ausführungen der Beschwerdeschrift können zu einer anderen Beurteilung nicht führen. Es mag für die Versicherungsanstalten im einzelnen schwierig und oft überhaupt unausführbar sein, die Markenverwendung rechtzeitig anzufechten: das ist nicht zu verkennen. § 1445 Abs. 3 will aber bewußtermaßen einen Schutz für die Versicherten schaffen, deren tatsächliche Beitragsleistung sich nach Ablauf der zehn Jahre in ein unanfechtbares Versicherungsrecht umwandelt (zu vgl. Revisionsentsch. 1601, Amtl. Nachr. 1912 S. 681). Eine Ueberspannung dieser Vorschrift und ihre Ausdehnung auf Fälle, in denen ein Schutz der Interessen der Versicherten unverständlich würde, muß durch vernünftige Anwendung der vom Gesetze selbst vorgesehenen Einschränkung hinsichtlich der „in betrügerischer Absicht" erfolgten Markenverwendung verhindert werden.

Hiernach stehen die 56 Marken der Quittungskarte Nr. 1 unter dem Schutze des § 1445 Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung, und zwar gelten die vierzehn mit Stempel entwerteten Marken als Pflichtmarken, die übrigen, die in der Absicht der Selbstversicherung verwendet waren, als rechtsgültig verwendete Selbstversicherungsmarken (zu vgl. Revisionsentsch. 1683, Amtl. Nachr. des RVA. 1913 S. 406). Alle weiteren Marken der Karten 2 bis 12, deren Anfechtung noch rechtzeitig erfolgt ist, sind als im Wege der freiwilligen Weiterversicherung verwendet anzusehen.

b)

Auf Grund der vom Versicherungsamt angestellten eingehenden Ermittlungen hat das Reichsversicherungsamt in Uebereinstimmung mit der genannten Behörde die Ueberzeugung erlangt, daß R. eine auf dem allgemeinen Arbeitsmarkte verwertbare Arbeitskraft niemals besessen hat. Infolge seines Schwachsinns bedurfte er bei der Arbeit beständiger Anleitung und Beaufsichtigung. R. war also bereits beim Beginne der Beitragsleistung Invalide und ist es während der Dauer der Markenverwendung geblieben. Er war daher gemäß § 1236 RVO. versicherungsfrei und nach § 1443 auch zur freiwilligen Beitragsleistung nicht berechtigt. Es fragt sich lediglich, ob dem R., für den seit 1893 vermeintliche Pflichtbeiträge entrichtet worden sind, die Vorschrift des § 1445 Abs. 3 zugute kommt. Nach ihr kann nach Ablauf von 10 Jahren seit Aufrechnung einer Quittungskarte die rechtsgültige Verwendung der in der Aufrechnung bescheinigten Marken nicht mehr angefochten werden, sofern nicht, was hier unstreitig nicht der Fall, die Markenverwendung in betrügerischer Absicht erfolgt ist. Die vorgenannte Vorschrift hat hier Anwendung zu finden. Wie das Reichsversicherungsamt bereits in der Revisionsentscheidung 1601 (Amtl. Nachr. 1912 S. 681) ausgesprochen und seitdem in ständiger Rechtsübung angenommen hat, wird nach der Schutzvorschrift des § 1445 Abs. 3 durch Ablauf der dort festgesetzten Anfechtungsfrist die tatsächliche Beitragsleistung in ein unanfechtbares Versicherungsrecht umgewandelt. An Stelle der sonst erforderlichen gesetzlichen Voraussetzungen einer wirksamen Markenverwendung tritt zu der Beitragsleistung der Zeitablauf als rechtsbegründende Tatsache hinzu. Einer Einschränkung dieser Wirkung des Fristablaufs für den Fall, daß die Invalidität bereits vor dem Beginne der Markenverwendung eingetreten war, steht die allgemein gehaltene Fassung des § 1445 Abs. 3 entgegen. Gegen diese Einschränkung spricht ferner der Zweck der Vorschrift. Durch sie sollte die Härte beseitigt werden, daß Rentenbewerber trotz viele Jahre hindurch fortgesetzter Markenverwendung abgewiesen werden mußten, weil sie zur Beitragsleistung nicht berechtigt gewesen waren (zu vergl. Kommissionsber. 4. Teil S. 192-95). Die von der Landesversicherungsanstalt in ihrer Beschwerdeschrift angezogene, in den Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts nicht veröffentlichte Revisionsentscheidung vom 3. Dezember 1912 (II a 5731/11) kann die abweichende Auffassung der Landesversicherungsanstalt nicht stützen. Dort ist nämlich die hier zur Entscheidung stehende Frage als zweifelhaft bezeichnet, also ausdrücklich offengelassen worden. Auch der sonstige Inhalt dieses Urteils bietet keinen Anhalt dafür, daß der Senat zur Beantwortung der Frage in dem von der Landesversicherungsanstalt vertretenen Sinne geneigt habe.

Kommt somit R. der Schutz des § 1445 Abs. 3 zugute, so ist weiter die von den Vorinstanzen nicht erörterte Frage zu prüfen, ob nur der Inhalt seiner seit mehr als 10 Jahren aufgerechneten Quittungskarten gegen Anfechtung gedeckt ist oder ob sich der Schutz des § 1445 auch auf sämtliche später verwendete Marken oder wenigstens auf einen Teil von ihnen erstreckt. Das Reichsversicherungsamt hat in der Revisionsentscheidung 1600 (Amtl. Nachr. 1912 S. 680) ausgesprochen, daß durch § 1445 Abs. 3 geschützte Marken entweder als Pflichtbeiträge oder als Selbstversicherungsbeiträge gelten und das Recht der Weiterversicherung oder der Fortsetzung der Selbstversicherung begründen. Hieraus ist gefolgert worden, daß in solchen Fällen auch die für eine invalide Person entrichteten Marken als Weiterversicherungsbeiträge so lange anrechnungsfähig seien, als sich die seit dem Beginne der Markenverwendung bestehenden Verhältnisse nicht wesentlich geändert hätten. Vorliegendenfalls würden dann, da anscheinend seit dem Beginne der Markenverwendung im Zustande des Rentenbewerbers keine erhebliche Verschlimmerung

Digitized by Google

eingetreten ist, sämtliche Marken rechtsgültig sein. Indessen kann dieser Ansicht nicht beigetreten werden. Nach dem Wortlaut des § 1445 Abs. 3 sind nur diejenigen Marken geschützt, die vor mindestens 10 Jahren aufgerechnet sind. Da diese Vorschrift sonst allgemein geltende Bestimmungen des Invalidenversicherungsrechtes für eine Gruppe von Einzelfällen außer Kraft setzt, so handelt es sich um eine Ausnahmebestimmung. Eine ausdehnende Auslegung würde daher höchstens dann angängig sein, wenn ohne sie der offenbare Zweck der Vorschrift vereitelt würde. Das ist aber nicht der Fall. Allerdings wird der Grundsatz, daß durch § 1445 Abs. 3 geschützte Marken das Recht der Weiterversicherung oder der Fortsetzung der Selbstversicherung begründen, auch künftig aufrecht erhalten werden müssen. Denn wenn eine derartige Anrechnung späterer Marken nicht zugelassen werden sollte, würde es in zahlreichen Fällen unmöglich sein, auf Grund der durch § 1445 Abs. 3 gegen Anfechtung geschützten Marken einen Rentenanspruch zu erheben. Denn aus ihnen wäre inzwischen die Anwartschaft infolge unzulänglicher Beitragsleistung erloschen (zu vergl. Revisionsentsch. 1683, Amtl. Nachr. 1913 S. 406). Diese Erwägung kann aber nicht dazu führen, beim Vorliegen geschützter Marken die Weiterversicherung unter allen Umständen zuzulassen. Vielmehr wird durch die geschützten Marken lediglich die Vorbedingung der Weiterversicherung ersetzt, daß ein versicherungspflichtiges oder zur Selbstversicherung berechtigendes Verhältnis vorausgegangen sein muß. Ob die sonstigen gesetzlichen Voraussetzungen der Weiterversicherung, zu denen insbesondere die Erwerbsfähigkeit des Versicherungsnehmers gehört, vorliegen, ist aber im Einzelfalle selbständig zu prüfen. Eine bedingungslose Anerkennung der Gültigkeit auch der noch nicht 10 Jahre lang aufgerechneten Marken würde nur möglich sein, wenn aus § 1445 Abs. 3 eine unwiderlegbare Rechtsvermutung des Inhalts abgeleitet werden könnte, daß der der Markenverwendung anhaftende Mangel, vorliegendenfalls also die Invalidität des R., tatsächlich nicht bestanden hätte. Für diese Auslegung bietet die Fassung der Vorschrift keine Grundlage. Sie soll vielmehr gerade eine Prüfung weit zurückliegender Verhältnisse in der Richtung, ob die erfolgte Beitragsleistung an sich zulässig gewesen ist oder nicht, entbehrlich machen. Somit begründet die Vorschrift nur eine unwiderlegliche Rechtsvermutung, daß die geschützten Beiträge auf Grund eines rechtsgültigen Versicherungsverhältnisses entrichtet worden sind, keineswegs aber, daß bestimmte tatsächliche Umstände, deren Vorliegen zweifelhaft oder widerlegbar ist, vorhanden waren. Die Rechtsvermutung geht insbesondere nicht dahin, daß ein Versicherter während der geschützten Zeit noch erwerbsfähig gewesen sei. Die gegenteilige Annahme würde zur Folge haben, daß die Tätigkeit eines zweifellos invaliden Rentenbewerbers in der Wirtschaft eines nahen Verwandten so lange als versicherungspflichtig angesehen werden müßte, als nicht eine weitere wesentliche Abnahme der Arbeitskraft erfolgt wäre. Ferner würde bei ungenügender Beitragsleistung trotz des Vorliegens von Invalidität die Anwartschaft erlöschen. Endlich würde eine bei Beginn der Markenverwendung bereits völlig erwerbsunfähige Person niemals die Invalidenrente erhalten können, da ein weiteres Sinken ihrer Leistungsfähigkeit begrifflich nicht möglich ist. Der Gesetzgeber kann derartige Wirkungen einer im Interesse der Rentenbewerber erlassenen Vorschrift unmöglich gewollt haben. Nach Wortlaut und Zweck des § 1445 Abs. 3 sind also nur die vor mehr als 10 Jahren aufgerechneten Marken geschützt. Spätere Marken sind aber nur insoweit anrechnungsfähig, als die gesetzlichen Voraussetzungen der Markenverwendung vorliegen. Für die Weiterversicherung wird jedoch das sonst erforderliche frühere Pflicht- oder Selbstversicherungsverhältnis durch die geschützten Marken ersetzt. Sind solche vorhanden und die späteren Beiträge in der irrtümlichen Annahme der Versicherungspflicht oder des Rechtes zur Selbstversicherung entrichtet, so können sie als für die Weiterversicherung geleistet gelten, wenn das Recht dazu in der Zeit der Entrichtung bestanden hat (zu vgl. § 1446 Abs. 1).

Vorliegendenfalls sind somit lediglich die durch den Fristablauf geschützten Marken gültig; die übrigen sind nicht anrechnungsfähig, da der invalide Kläger weder versicherungspflichtig noch zur Weiterversicherung berechtigt war. Da die Zahl der geschützten Marken 200 übersteigt, so hat er die Wartezeit erfüllt und einen Anspruch auf Invalidenrente erworben, die ihm allerdings nach § 1253 nur ein Jahr rückwärts vom Eingang des Antrags an gerechnet, wird gezahlt werden können. Die später entrichteten Beiträge werden, soweit nicht etwa der Einwand der Verjährung entgegenstehen sollte, zurückgefordert werden können.

Digitized by Google

E. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Anwendung des § 626 BGB. (Entlassung aus wichtigem Grunde) bei gewerblichen, insbesondere Akkordarbeitern.

Entscheidungen a) des **Gewerbegerichts Berlin**, b) des **Landgerichts I Berlin** vom 24. Februar 1914.

a)

Der Kläger war bei dem Beklagten als Maurerpolier gegen 55 M. Wochenlohn tätig. Er ist am 9. September früh entlassen worden, nachdem er selbst am 7. September gekündigt hatte. Er hat sich dem Geschäft für die Dauer der 14tägigen Kündigungsfrist zur Verfügung gestellt und fordert den Lohn für diese Zeit mit 110 M.

Der Beklagte hat Abweisung beantragt. Er hält das Gewerbegericht für unzuständig, da Kläger einen Jahresverdienst von über 2000 M. hatte, und macht als Entlassungsgrund geltend, daß Kläger von Handwerkern, die auf dem gleichen Bau zu tun hatten, sich Schmiergelder habe geben lassen, was er erst unmittelbar vor der Entlassung erfahren habe. Der Kläger hat eingeräumt, vom Klempnermeister ca. 40 M., vom Malermeister 20 M. erhalten zu haben. Der Beklagte hat sich zum Beweise weiterer derartiger Zahlungen erboten und eventuell noch geltend gemacht, daß Kläger auch sonst zum Nachteil der Firma gehandelt habe. Der Kläger hat das bestritten.

Die Klage wurde abgewiesen aus folgenden Gründen:

Das Gericht hat bereits auf Grund der beiden vom Kläger eingeräumten Fälle die Ueberzeugung gewonnen, daß Kläger dem Geschäfte gegenüber untreu war. Es handelt sich bei Annahme dieser sogenannten Gratifikationen nicht um einfache Trinkgelder. Dagegen spricht schon die Höhe der Beträge. Auch wurden damit in erster Linie nicht besondere Dienstleistungen des Poliers vergütet (übrigens wäre zu solchen Diensten der Polier nur mit Genehmigung des Arbeitgebers befugt gewesen), sondern sie wurden gegeben, damit der Polier ein Auge zudrücke. Die Behauptung des Klägers, daß der Beklagte selbst ihm die Ausbedingung solcher „Gratifikationen" angeraten, steht beweislos da. War aber der Kläger untreu, so hat er nach Ueberzeugung des Gerichts einen wichtigen Grund zur sofortigen Entlassung gegeben. Zwar ist der Kläger als einfacher Maurerpolier nicht Werkmeister oder sonst gehobener Angestellter im Sinne der §§ 133a ff. GO., aus welchem Grunde auch die Zuständigkeit des Gewerbegerichts nicht durch den 2000 M. übersteigenden Jahresverdienst des Klägers ausgeschlossen wird (§ 3 Abs. 2 GGG.), und es kann daher die Entlassung nicht auf § 133b GO. (betr. Entlassung aus wichtigen Gründen) gestützt werden. Und die für einfache Gewerbegehilfen geltenden Bestimmungen der GO. (§§ 123, 124a) gestatten die Entlassung aus wichtigen Gründen nur bei Annahme auf mindestens 4 Wochen oder bei Verabredung längerer als 14tägiger Kündigungsfrist, welche Voraussetzungen hier nicht vorliegen. Sonst werden nur besonders aufgeführte Gründe zugelassen, unter denen Untreue, Bestechlichkeit und ähnliches fehlen. Das Gericht war aber der Ansicht, daß durch das Bürgerliche Gesetzbuch die Kündigungsbestimmungen des § 123 GO. abgeändert worden sind. Der § 626 BGB. sagt ganz allgemein, daß ein Dienstverhältnis aus wichtigen Gründen ohne Innehaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden kann. Nun ist freilich anerkannten Rechtes, daß Spezialvorschriften den Bestimmungen des umfassenderen Gesetzes vorgehen. Bei obiger Vorschrift des § 626 handelt es sich aber um eine Grundregel, deren Anwendung auf alle Dienstverhältnisse sich als das Vernunftgemäße und Zweckentsprechende darstellt. Es ist nicht ersichtlich, weshalb der gewerbliche Arbeitgeber schlechter gestellt sein soll als jeder andere Arbeitgeber. Hiernach können die Entlassungsgründe des § 123 GO. nur noch als Beispiele gelten und § 124a, der nachträglich eingefügt ist und schon eine Besserstellung der gewerblichen Arbeitgeber bezweckte, muß als durch § 626 BGB. überholt gelten.

b)

Der von der Beklagten ohne vorherige Aufkündigung des Arbeitsverhältnisses entlassene Kläger fordert die Restbeträge des vereinbarten Lohnes für zwei ihn übertragene Akkorde mit zusammen 125,25 M. Die Beklagte hat ihm für die bis zu seiner Entlassung geleistete Arbeitszeit den Stundenlohn gemäß Ziff. IV Abs. 3 ihrer Arbeitsordnung gezahlt. Sie ist in erster Linie der Ansicht, daß sie den Kläger auch vor Beendigung der ihm übertragenen Akkordarbeiten jederzeit ohne Aufkündigung des Arbeitsverhältnisses entlassen konnte (Ziff. 2 der Arbeitsordnung). Eventuell macht der Beklagte geltend, der Kläger habe sich zu Unrecht geweigert, eine ihm als eilig bezeichnete Akkordarbeit zwischendurch auszuführen. Sie sei daher jedenfalls befugt gewesen, den Kläger sofort zu entlassen (Ziff. IV Abs. 3 der Arbeitsordnung).

Der erste Richter vertritt den Standpunkt, daß die Beklagte den Kläger unzulässigerweise mitten im Akkorde entlassen, die Annahme seiner Dienste abgelehnt und sich dadurch willkürlich in Annahmeverzug gesetzt habe. Der Kläger habe deshalb nach § 615 BGB. in analoger Anwendung Anspruch auf den vereinbarten Akkordlohn. Das Berufungsgericht vermochte sich dem Ergebnis

Digitized by Google

dieser Ausführungen des Vorderrichters nach Lage des Falles nicht anzuschließen.

Zunächst ist die prinzipielle Frage zu erörtern, welchen Einfluß der Abschluß eines Akkordvertrags auf den in Ziff. II der in Rede stehenden Arbeitsordnung der Beklagten enthaltenen gegenseitigen Kündigungsausschluß hat. Das Berufungsgericht tritt hier dem Vorderrichter darin bei, daß in der Regel eine übertragene Akkordarbeit erst beendet sein muß, bevor die Vereinbarung des Kündigungsausschlusses in Kraft treten kann. Das folgt aus der Eigenart des Akkordvertrags, der insoweit dem neben ihm bestehenden allgemeinen Dienstvertrage vorgeht. Es muß als Wille der Parteien angesehen werden, daß sie während der Dauer der Akkordarbeit von dem Rechte der kündigungslosen Beendigung des Arbeitsverhältnisses nicht Gebrauch machen wollten. Denn der Unternehmer bezweckt mit dem Abschluß des in der Regel von ihm ausgehenden Akkordvertrags nicht nur die Herstellung des einzelnen Arbeitsstückes. Er will sich vielmehr gleichzeitig auch die Arbeitskraft der Akkordarbeiter für einen gewissen Zeitraum sichern. Dem Arbeiter andererseits liegt nicht nur an der Erlangung der Vergütung im Einzelfalle, sondern vor allem auch daran, durch Uebernahme einer größeren Akkordarbeit ein sicheres Einkommen von längerer Dauer zu erzielen. (Vgl. Wölbling, Akkordvertrag, Verhandlungen des Deutschen Juristentages in Berlin 1905 Bd. I S. 210.) Beide Teile gehen also bei Abschluß des Akkordvertrags übereinstimmend davon aus, daß das zwischen ihnen geschlossene Dienstverhältnis mindestens für die Dauer des Akkords fest bestehen bleiben soll. Allerdings können sie auch im einzelnen Falle oder auch allgemein die Vereinbarung treffen, daß das Dienstverhältnis auch während der Dauer der Akkordarbeit von jeder Seite zu lösen ist. Die Zulässigkeit einer dahingehenden Abrede erkennt auch Wölbling (a. a. O. S. 259) an. Eine derartige Abrede muß sich dann aber einwandfrei entweder aus der Arbeitsordnung oder aus den besonderen Verhältnissen des einzelnen Falles ergeben. Vorauszusetzen ist eine dahingehende Abrede nicht.

Die entgegengesetzte, von der Beklagten vertretene Ansicht des Landgerichts III Berlin in seinem Urteil vom 22. Februar 1912 (Gewerbe- und Kaufmannsgericht Heft 6 Jahrg. 18 S. 126 Nr. 39), wird dem oben dargelegten wirtschaftlichen Charakter des Akkordvertrags und dem Willen der Parteien nicht gerecht. Die Tatsache allein, daß in der Arbeitsordnung ganz allgemein die jederzeitige Auflösung des Arbeitsverhältnisses vorgesehen ist, spricht nicht ohne weiteres dafür, daß jeder Akkordvertrag als unter jener Bedingung des Kündigungsausschlusses abgeschlossen gilt. Wenn auch die Arbeitsordnung der Beklagten in ihrer Gesamtheit sowohl als Bestandteil des allgemeinen Dienstvertrags, als auch als ein Teil des besonderen Akkordvertrags anzusehen ist, so folgt daraus noch nicht, daß auch solche Bestimmungen der Arbeitsordnung für den Akkordvertrag zu gelten haben, die nach Anschauungen des Verkehrs mit dem eigenartigen Zwecke des Akkordvertrags und mit der nach Treu und Glauben auszulegenden Absicht der Parteien nicht recht zu vereinbaren sind. Denn der Akkordvertrag ist ein Vertrag eigener Art. Er fällt mit dem allgemeinen Dienstverhältnis, das er gewöhnlich voraussetzt, nicht zusammen. Er enthält neben den Elementen des Dienstvertrages teilweise auch solche des Werkvertrags und verfolgt insbesondere eigenartige wirtschaftliche Zwecke. Darum muß eine ausdrückliche Vereinbarung des Kündigungsausschlusses auch für den Akkordvertrag getroffen werden, wenn dieser Ausschluß auch für den Akkordvertrag Geltung haben soll.

Eine allgemeine Abrede des Kündigungsausschlusses für den Akkordvertrag ist auch nicht, wie die Beklagte meint, ohne weiteres aus Ziff. IV Abs. 3 der Arbeitsordnung sowie aus Abs. 3 des Nachtrags zur Arbeitsordnung zu entnehmen. Jene Bestimmungen sprechen nur von der Entlohnung des Akkordarbeiters für den Fall, daß der Akkord vorzeitig beendet wird. Sie sagen aber nicht, daß gerade die einseitige Auflösung des Dienstverhältnisses von der einen oder anderen Seite die Voraussetzung einer solchen vorzeitigen Beendigung des Akkords ist oder sein muß.

Die vorzeitige Beendigung des Akkords braucht auch gar nicht immer eine Folge der sofortigen Auflösung des Dienstverhältnisses zu sein. Das übersieht die Beklagte in ihren Ausführungen. Zutreffend weist der Vorderrichter darauf hin, daß der Abs. 3 des Nachtrags der Arbeitsordnung offenbar ganz allgemein den Fall der Unmöglichkeit der Vertragserfüllung infolge eines von dem Arbeiter nicht zu vertretenden Umstandes betrifft. Es ist aber sehr wohl denkbar, daß der Akkordarbeiter infolge mangelnden Materials oder aus anderen im Betriebe des Arbeitgebers liegenden Gründen die Akkordarbeit nicht beenden kann, ohne daß es deshalb zu einer Auflösung des Dienstverhältnisses von der einen oder anderen Seite kommt. Auch solche Fälle regelt der Nachtrag 2 der Arbeitsordnung. Es kann deshalb aus seinen Bestimmungen nicht geschlossen werden, daß ein sofortiges Entlassungsrecht des Arbeitgebers darin festgesetzt ist.

Auch nach der Arbeitsordnung der Beklagten ist somit davon auszugehen, daß der Kündigungsausschluß der Ziff. II der Arbeitsordnung nicht gilt, wenn eine Akkordarbeit vereinbart ist. Damit ist jedoch nicht gesagt, daß eine Lösung des

Digitized by Google

Arbeitsverhältnisses in keinem Falle vor Beendigung der Akkordarbeit erfolgen darf. Unberührt bleiben vielmehr zunächst die gesetzlichen Bestimmungen der Gewerbeordnung, wonach Arbeiter ohne Aufkündigung die Arbeit verlassen bzw. ohne Aufkündigung vom Arbeitgeber entlassen werden können (§§ 123, 123a in Verbindung mit §§ 124, 124a GO.). Außerdem muß darüber hinaus nach Ansicht des Gerichts beiden Teilen das Recht zustehen, aus wichtigen Gründen die Aufhebung des Arbeitsverhältnisses zu verlangen, und zwar ohne Rücksicht darauf, ob die übernommene Akkordarbeit im einzelnen Falle mindestens 14 Tage oder weniger Zeit in Anspruch nimmt. Ein solches Recht folgt aus dem allgemeinen Dienstvertrag, den auch ein Akkordarbeiter mit dem Arbeitgeber geschlossen hat. Dieses Dienstverhältnis schafft ein persönliches Verhältnis zwischen beiden Parteien und bringt es mit sich, daß der Arbeiter den Anordnungen der Vorgesetzten Folge zu leisten und die dahingehenden Bestimmungen der zum Bestandteile des Vertrags gewordenen Arbeitsordnung zu befolgen hat. Der Arbeitgeber, der einen Akkordvertrag abschließt, will zwar dem Arbeiter dadurch eine gewisse Freiheit der Betätigung lassen, er will aber damit die Leitung als solche nicht vollständig aus der Hand geben, sondern sich eine Aenderung seiner Anordnungen je nach den Bedürfnissen seines Betriebes vorbehalten. Daher muß der Akkordarbeiter nicht nur den Anweisungen für die Ausführung des Akkords nachkommen, sondern sich auch eine Unterbrechung seiner Akkordarbeit gefallen lassen, wenn der Betrieb des Unternehmers dies notwendigerweise mit sich bringt. Die Eigenart des Akkordvertrags steht einer solchen Annahme nicht entgegen. Sie verlangt nur, daß die Anordnungen des Arbeitgebers im einzelnen Falle den Verdienst, mit dem der Akkordarbeiter rechnet, nicht in unbilliger Weise beeinträchtigen. Ob eine solche Beeinträchtigung vorliegt, läßt sich nach Ansicht des Gerichts nur von Fall zu Fall nach den Grundsätzen von Treu und Glauben mit Rücksicht auf die Verkehrsanschauung entscheiden. Ergibt sich bei einer solchen Auslegung, daß es sich nur um eine unbedeutende Störung des übernommenen Akkords handelt, so ist der Dienstherr berechtigt, den Akkordarbeiter ohne Aufkündigung zu entlassen, wenn dieser sich weigert, den Akkord zu unterbrechen und eine andere ihm angebotene Arbeit auszuführen.

Von diesen Gesichtspunkten aus ist das Gericht an die Prüfung der Frage herangetreten, ob die Beklagte nach Lage der Sache einen wichtigen Grund hatte, den Kläger vor Beendigung des Akkords ohne Aufkündigung des Arbeitsverhältnisses zu entlassen. Das Gericht hat die Frage nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme in zweiter Instanz bejaht. Wie der Zeuge unter seinem Eide glaubhaft bekundet, hat er als unmittelbarer Vorgesetzter des Klägers diesem gesagt, der Zwischenakkord sei unaufschiebbar. Der Zeuge hat ihm ferner einen Akkordpreis von 2,55 M. angeboten und ausgesagt, zu diesem Preise sei die in Rede stehende Arbeit wiederholt im Betriebe der Beklagten ausgeführt worden. Da die Arbeit weiter nach der Bekundung des K. nur einen Zeitraum von drei Stunden in Anspruch genommen hätte, so war der Kläger verpflichtet, die ihm zu einem angemessenen Preise angebotene Arbeit auszuführen. Das Verlangen der Beklagten war also nach Lage der Sache nicht unbillig. Die Beklagte war befugt, ihn wegen seiner Weigerung ohne Aufkündigung des Dienstverhältnisses vor Beendigung der fraglichen beiden Akkorde zu entlassen. Was die Entlohnung des Klägers anbelangt, so finden hier die Vorschriften der Ziff. IV Abs. 3 der Arbeitsordnung Anwendung. Der Kläger kann nur den Stundenlohn für die geleistete Arbeitszeit bis zu seiner Entlassung beanspruchen. Diesen Lohn hat er unstreitig erhalten. Die Anwendung der Ziff. IV Abs. 3 der Arbeitsordnung unterliegt keinem Bedenken. Wenn durch diese Bestimmung auch kein allgemeines Aufkündigungsrecht des Arbeitgebers festgesetzt ist, wie oben dargelegt, so sollen die Bestimmungen vereinbarungs- und sinngemäß doch dann gelten, wenn aus wichtigen Gründen infolge Verschulden des Arbeiters eine vorzeitige Beendigung des Akkords gerechtfertigt ist.

Digitized by Google

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Zwangskrankenkassen und Ersatzkassen.

(Berichtigung.)

In der im Heft 26 S. 628 enthaltenen Notiz findet sich die Bemerkung, daß bis jetzt noch keiner Ersatzkasse der Anspruch auf vier Fünftel der Arbeitgeberbeiträge (nach § 518 RVO.) zugesprochen worden sei. Diese Bemerkung trifft jetzt nicht mehr zu; sie ist in der (aus älterer Zeit herrührenden) Notiz nur versehentlich stehen geblieben. Bereits im Heft 18 S. 424 haben wir die Bekanntmachung des Reichskanzlers v. 14. Mai 1914, betreffend die vom Bundesrat auf Grund des § 518 Abs. 2 RVO. erlassenen Bestimmungen mitgeteilt. Eine weitere Bekanntmachung v. 27. Juni 1914 (Zentralbl. für das Deutsche Reich, Nr. 33 S. 362 ff.) teilt das Verzeichnis derjenigen Ersatzkassen mit, an die nach einer widerruflichen Anordnung des Bundesrats die Krankenkassen die bei ihnen für die Mitglieder der Ersatzkassen eingehenden Beitragsteile der Arbeitgeber zu vier Fünfteln abzuführen haben.

Fürsorge von Arbeitgebern für die zur Fahne Einberufenen.

Die Firma Gebrüder Körting, Aktiengesellschaft in Körtingsdorf, hat an ihre Geschäftsstellen folgendes Rundschreiben gerichtet: „Wir bringen hierdurch unseren deutschen Geschäftsstellen und unseren Beamten zur Kenntnis, daß wir an alle einberufenen verheirateten Beamten das volle Monatsgehalt für den Monat August zur Auszahlung bringen werden. Soweit sie schon einberufen sind, zahlen wir das Gehalt an die Ehefrau. Für den Monat September gewähren wir das halbe Monatsgehalt. Die weitere Fürsorge für die Angehörigen unserer Beamten wird von der Entwicklung der Verhältnisse abhängen.

Die bereits auf Rechnung des Monats August gezahlten Beträge sind bei der Gehaltszahlung in Abzug zu bringen.

Den Familien unserer einberufenen verheirateten Arbeiter zahlen wir vom 10. August ab bis auf weiteres 6 M. pro Woche und für jedes Kind bis zu 14 Jahren 1 M. pro Woche.

Die zur Empfangnahme des Geldes berechtigten Angehörigen haben bei unseren Kassen einen Ausweis darüber vorzulegen.

Unverheiratete Angestellte erhalten ihr Gehalt bis zum Tage ihres Austrittes."

Kriegsmaßnahmen im Gebiete der Unfall- und der Invalidenversicherung.

I. Unfallversicherung. In zwei im Reichsversicherungsamt abgehaltenen Sitzungen haben sich die Vertreter der Berufsgenossenschaften, die in Groß-Berlin ein Bureau unterhalten, über die folgenden Maßnahmen verständigt, gegen welche das Reichsversicherungsamt, wie es in einem Rundschreiben an alle seiner Aufsicht unterstellten Genossenschaften bemerkt, im Aufsichtswege nichts zu erinnern hat:

1. Auf eine möglichst schleunige Erledigung anhängiger Rekurssachen ist hinzuwirken. Zu diesem Zwecke werden die Genossenschaften, soweit aus den Handakten die Sachlage übersehen werden kann, gegebenenfalls das Rechtsmittel zurücknehmen oder den Anspruch des Verletzten unter Zubilligung etwaiger Kostenansprüche anerkennen, es sei denn, daß überwiegende Interessen der Genossenschaften entgegenstehen.

2. Die Herabsetzung und Aufhebung von Renten ist, abgesehen von besonderen Einzelfällen, auf die Dauer von zunächst drei Monaten zu unterlassen.

3. Einspruchsbescheide über die Herabsetzung oder Aufhebung von Renten sind mit der Erklärung zurückzunehmen, daß die Genossenschaft sich vorbehält, ihre Rechte aus der bisher eingetretenen Veränderung der Verhältnisse zu geeigneter Zeit geltend zu machen.

4. Von Kapitalabfindungen an Verletzte ist bis auf weiteres abzusehen.

5. Sofern es satzungsgemäß zulässig ist, sind Lücken in der Besetzung der Entschädigungskommissionen sofort durch Neuwahlen auszufüllen. Versagt dieser Weg, so ist unverzüglich dem Reichsversicherungsamt zu berichten.

6. Die Zahlung von Verletztenrenten der im Felde stehenden Rentenempfänger zu Händen der Angehörigen ist nach Möglichkeit zu erleichtern. Zu diesem Zweck werden sich die Genossenschaften mit einer möglichst vereinfachten Form der Lebensbescheinigung und Auszahlungsbevollmächtigung der Post gegenüber einverstanden erklären.

7. Kataster-, Beitrags- und ähnliche Streitigkeiten sollen bis auf weiteres nach Möglichkeit ruhen.

8. Die Ueberwachung der Durchführung der Unfallverhütungsvorschriften ist tunlichst aufrechtzuhalten. Denn dabei handelt es sich um den Schutz von Leben und Gesundheit der Arbeiter. Außerdem ist mit der Beschäftigung einer großen Anzahl nicht eingearbeiteter Personen zu rechnen.

9. Die bisher verhängten Strafen sind, von Ausnahmefällen abgesehen, niederzuschlagen. Auch ist die Befugnis, neue Strafen zu verhängen, nachsichtig auszuüben.

10. Die Fürsorge für die Angehörigen der durch den Krieg dienstbehinderten genossenschaftlichen Angestellten ist, soweit dies nicht bereits geschehen ist, möglichst wohlwollend zu regeln. Von der Ausübung des Kündigungsrechts ist bei diesen Angestellten abzusehen.

II. Invalidenversicherung. An die Vorstände der seiner Aufsicht unterstellten Landesversicherungsanstalten hat das Reichsversicherungsamt folgendes Rundschreiben gerichtet:

Die gegenwärtige Kriegslage stellt auch an die Leistungsfähigkeit der Träger der deutschen Arbeiterversicherung ungewöhnlich hohe Anforderungen. Aus den bisher vorliegenden Berichten hat das Reichsversicherungsamt die erfreuliche Gewißheit entnommen, daß die ihm unterstellten Versicherungsträger, darunter auch die Versicherungsanstalten, in bewährter Pflichttreue alle Kräfte in den Dienst des Vaterlandes stellen. Die Anstalten haben bereits hochherzig ihre Heilstätten und Ge-

Digitized by Google

nesungsheime dem Roten Kreuz zur Verfügung gestellt und es durch Geldmittel unterstützt.

Die außerordentlichen Zeitverhältnisse erheischen aber auch auf dem Gebiete der inneren Geschäftsführung der Versicherungsanstalten besondere Maßnahmen. Unter anderem werden die Vorstände auf folgendes hingewiesen:

1. Es wird empfohlen, von Rentenentziehungen zunächst auf die Dauer von drei Monaten grundsätzlich abzusehen.

2. Von ihrer Strafbefugnis wollen die Vorstände nur in besonderen Fällen Gebrauch machen. Auch dürften bereits verhängte Strafen, wo nicht böser Wille des Bestraften klar zutage liegt, niederzuschlagen sein.

3. Das Reichsversicherungsamt wird selbstverständlich seine Spruch- und Beschlußtätigkeit fortsetzen. Im Interesse der Versicherten wollen aber die Vorstände erwägen, wie weit etwa die Einlegung von Revisionen seitens der Anstalten auf die Fälle beschränkt werden kann, in denen das Berufungsurteil offenbar verfehlt ist. Auch wird den Vorständen nahegelegt, bereits anhängige Revisionen unter dem vorbezeichneten Gesichtspunkt zu prüfen, soweit dies auf Grund der Handakten möglich ist, und gegebenenfalls zurückzunehmen. In gleicher Weise wird bei den in der Berufungsinstanz schwebenden Ansprüchen der Versicherten zu prüfen sein, ob wegen neuer Tatsachen oder aus anderen Gründen der Anspruch anerkannt werden kann.

4. Soweit durch den Krieg dienstbehinderte Angestellte der Versicherungsanstalten gegen Kündigung beschäftigt waren, werden ihre Angehörigen der Fürsorge der Vorstände empfohlen.

III. Beide Gebiete betrifft ein weiterer Runderlaß des Reichsversicherungsamts, der von der Auszahlung der Entschädigungen während des Krieges handelt. Wir heben daraus hervor:

Die Auszahlung der Renten usw. entsprechend den bestehenden Ausführungsbestimmungen wird abgesehen von etwaigen Beschränkungen im Postverkehr nur dann Schwierigkeiten bereiten, wenn der Rentenberechtigte zur Dienstleistung für Kriegszwecke im weitesten Sinne eingezogen ist. Alsdann ist aber die Zuführung der Renten an die auf den Unterhalt durch den Rentenberechtigten angewiesenen Angehörigen von besonderer Bedeutung. Die Auszahlung an die Angehörigen kann nach den bisherigen Bestimmungen nur auf Grund einer vom Berechtigten auf einen Angehörigen ausgestellten Empfangsvollmacht und einer über den Berechtigten lautenden Lebensbescheinigung erfolgen.

Die Ausstellung von Vollmachten seitens der Rentenberechtigten wird durch die Militärbehörden gefördert werden. Den Versicherungsträgern wird empfohlen, solche, übrigens stempelfreie Vollmachten in der einfachsten Form, beispielsweise in Briefen der Berechtigten an ihre Angehörigen, die den Wunsch, die Bitte oder den Auftrag enthalten, die Rente zu erheben, als ausreichend anzuerkennen. Auf Grund solcher Vollmachten ist die Zahlungsanweisung auf den Bevollmächtigten umzustellen.

Die Renten der als gefallen (tot), vermißt oder gefangen gemeldeten Rentenempfänger werden beim nächstfolgenden Zahlungstermin nicht mehr ausgezahlt und bei der Ablehnung der Zahlung die Angehörigen entsprechend mündlich belehrt und an den Versicherungsträger verwiesen. Der Versicherungsträger hat gegebenenfalls zu prüfen, ob eine Hinterbliebenenentschädigung in Frage kommt oder ob für Vermißte und Gefangene die Rente einstweilen weiter an die Angehörigen gezahlt werden soll. Will der Versicherungsträger für die als vermißt oder gefangen Gemeldeten die Rente einstweilen weiterzahlen, was wohlwollend zu erwägen und namentlich bei Gefangenen, bei denen das Fortleben zu vermuten ist, zu bejahen sein wird, so benachrichtigt er die zahlende Postanstalt, daß die Rente an die Angehörigen weitergezahlt werden kann. Wird bei Vermißten wegen überwiegender Vermutung des Todes von der Weiterzahlung ihrer Rente abgesehen, so ist Wegfallanweisung zu erlassen und in die Feststellung etwaiger Hinterbliebenenansprüche einzutreten.

Die Gefahr, daß bei diesem Verfahren in Einzelfällen infolge Unterlassung oder Verspätung der Meldungen für einen Zahlungstermin zu viel Rente von den Angehörigen erhoben wird, können bei der voraussichtlich nur geringen Zahl der Fälle die Versicherungsträger übernehmen.

Volksversicherung und Arbeitslosenfürsorge.

In der Zeitschrift für badische Verwaltung und Verwaltungsrechtspflege (Nr. 13 v. 20. Juni 1914) macht Bürgermeister Dr. Gugelmeier (Lörrach) einen Vorschlag, die Volksversicherung für die Arbeitslosenfürsorge nutzbar zu machen. Wir teilen daraus auszugsweise folgendes mit:

Die Lebensversicherung war noch vor wenigen Jahren meist nur in der Form der sogenannten großen Versicherungen beliebt. Die Versicherungen zu kleinen Beträgen wurden nur von einzelnen Gesellschaften aufgenommen und waren vor allen Dingen nicht einheitlich und klar geregelt. Das ist in den letzten Jahren anders geworden durch die Gründung der sog. Volksversicherungen. Es arbeiten zurzeit 3 Organisationen auf diesem Gebiet in Deutschland, und zwar a) die Deutsche Volksversicherung Akt.-Ges., eine Gründung von 30 deutschen Lebensversicherungsgesellschaften; b) der Verband öffentlicher Lebensversicherungsanstalten in Deutschland, eine Gründung der öffentlich rechtlichen Versicherungsverbände; c) die Volksfürsorge, gewerkschaftlich genossenschaftliche Versicherungs-Aktiengesellschaft, eine Gründung der freien Gewerkschaften. Es soll hier nicht untersucht werden, welcher von den 3 Versicherungen der Vorzug zu geben ist. Jedenfalls sind durch diese Gründungen und die Konkurrenz derselben die kleinen Versicherungen außerordentlich günstig geworden. Einige Beispiele mögen dies bestätigen:

Für 1 M. 14 tägige Prämie garantieren die genannten Gesellschaften einem 25jährigen für den Todesfall oder spätestens für das Alter von 55 Jahren 650—760 M., einem 35jährigen 412 bis 481 M. und einem 40jährigen 292—351 M. Der weitere Vorteil liegt darin, daß meistens ärztliche Untersuchungen nicht verlangt werden und daher die Aufnahmekosten gering sind.

Unter diesen Umständen darf man wohl die Volksversicherungen als Hilfsmittel zur Linderung sozialer Not begrüßen und es ist wohl kein Zweifel, daß sie sich rasch verbreiten und segensreiche Früchte tragen werden. Wenn nun auch im Fall des Unvermögens die Prämie zu zahlen, die Police der Volksversicherung nach den geltenden Bestimmungen nicht sofort erlischt, so ist doch anzunehmen, daß die Befürchtung, in schweren Zeiten und namentlich in solchen der Arbeitslosigkeit die Prämie nicht bezahlen zu können, oft der Grund sein wird, wenn von der Volksversicherung kein Gebrauch gemacht wird. Könnte hier die Stadt

Digitized by Google

eingreifen, so wäre ein brauchbarer Boden gefunden, auf dem eine organisierte Mithilfe der Stadt zur Linderung unverschuldeter Notlage möglich wäre. Darüber hinaus aber könnte die Stadt auf Grund der Beleihungsfähigkeit der Police in ausgedehnterem Maße helfen. Gegen Uebertragung der Police an die Stadt könnte diese besonders im Fall der Arbeitslosigkeit Vorschüsse geben ohne erhebliches Risiko. Selbstverständlich müßte eine Prüfung der Notlage und deren Ursachen der Stadt vorbehalten bleiben, damit mit dieser Einrichtung kein Mißbrauch getrieben werden kann. Auf diesen Erwägungen sind die nachfolgenden Bestimmungen aufgebaut, wobei vollkommen offen bleiben kann, ob und inwieweit eine Stadt zu den an Arbeitslose zu gewährenden Darlehen Zulagen geben und auf deren Rückersatz verzichten will.

Man könnte vielleicht entgegenhalten, daß nicht jeder sich versichern kann, und daß namentlich notorisch Kranke nicht aufgenommen werden. Demgegenüber ist darauf hinzuweisen, daß der Hausvater nicht nur sich, sondern auch seine Frau und Kinder versichern kann und daß er durch Eingehung eines solchen Versicherungsvertrages gleicher Weise für Notfälle sorgen kann, wie wenn er sich selbst versichern würde. Immerhin wird es indessen Fälle geben, bei denen eine Versicherung ausgeschlossen ist. Für diese Fälle sowohl, wie auch für eine gewisse Uebergangszeit sollte die Möglichkeit bestehen, im Fall der unverschuldeten Arbeitslosigkeit durch Unterstützungen einzugreifen, namentlich in der Weise, daß für die Zeit einer solchen Arbeitslosigkeit durch Gewährung von Miete geholfen wird; denn der Mietzins ist es, den ein mittelloser Arbeitsloser am wenigsten wird aufbringen können und eine Hilfeleistung hierfür liegt sowohl im Interesse des Arbeitslosen als in dem einer geregelten Hausverwaltung. . . . Hieran schließt folgender Entwurf von Bestimmungen über Unterstützung im Falle unverschuldeter Not:

1. In Fällen unverschuldeter Not kann die Stadtgemeinde Inhabern von pfandfreien Policen einer Volksversicherung, für die wenigstens drei Jahresprämien bezahlt sind, Darlehen bis zur Höhe der Police geben und die Prämien vorschußweise bezahlen.

Die Darlehen werden bis zu jeweils 100 M. unverzinslich, soweit sie höher sind, zu 4 % verzinslich gewährt.

2. Gegen Hergabe des Darlehns ist die Police von dem Eigentümer derselben, mit allen aus ihr sich ergebenden Ansprüchen an die Stadtgemeinde zur Sicherstellung ihrer Ansprüche abzutreten.

Kann der Unterstützte das Darlehen und die eine Jahresprämie übersteigenden vorschüßlich bezahlten Prämien nicht zurückzahlen, so verbleibt sie der Stadt. Diese ist jedoch verpflichtet, einen etwa fälligen Versicherungsbetrag in dem Verhältnis an den aus der Police Berechtigten zu bezahlen, indem die andererseits bezahlten Prämienbeträge zu den von der Stadt bezahlten stehen, abzüglich eines nach Absatz 1 gewährten Darlehens.

3. Das Darlehen kann je nach Sachlage in einem Betrage oder in Tagegeldern gewährt werden und wird durch den Gemeinderat (ev. eine Sonderkommission) verfügt.

Werden Tagegelder gewährt, so sollen in der Regel 70 Pf. für Ledige und 1 M. für Verheiratete für den Wochentag gewährt werden; für die in der Fürsorge des Unterstützten befindlichen Kinder unter 14 Jahren werden diese Beträge um je 10 Pfg. bis zum Höchstbetrag von 1,60 M. für den Wochentag erhöht. Die Tagegelder werden in der Regel wöchentlich ausbezahlt.

In geeigneten Fällen kann statt baren Geldes Unterstützung durch Naturalverpflegung oder Bezahlung der Miete gewährt werden.

4. Der Gewährung der Unterstützung geht eine Prüfung darüber voraus, ob es sich um einen Fall unverschuldeter Not handelt.

Ausgeschlossen sind jedenfalls:

a) wer im letzten Jahre vor der Gewährung Armenunterstützung bezogen hat,

b) wer dadurch in Not geriet, daß er die letzte Arbeitsstelle durch Streik oder Aussperrung verloren hat für die Dauer des Streiks oder der Aussperrung,

c) wer arbeitsscheu oder dem Trunk ergeben ist.

Die Gewährung von Tagegeldern wird eingestellt, wenn dem Arbeitslosen vom städtischen Arbeitsnachweis Arbeit nachgewiesen ist, die er nach Vorbildung und körperlichen Fähigkeiten zu leisten imstande ist. Eine Verpflichtung zur Annahme nachgewiesener Arbeit besteht nicht, wenn die Arbeitsstelle durch Streik oder Aussperrung frei geworden ist, oder wenn bei Verheirateten das Wohnen bei der Familie unmöglich wäre.

5. Das Recht der Stadt, den gewährten Darlehensbetrag nebst den einen Jahresbeitrag übersteigenden vorschüßlich bezahlten Prämien jederzeit gerichtlich einzuklagen und zu betreiben, bleibt vorbehalten. Von dem Tage der Klageerhebung an ist der ganze eingeklagte Betrag vom Schuldner mit 4 % zu verzinsen.

6. Dem Gemeinderat bleibt vorbehalten, in Fällen, bei denen der Abschluß einer Lebensversicherung dem um Unterstützung nachsuchenden weder für sich noch für seine Familienangehörigen möglich war, Tagegelder, Naturalien oder Mietebezahlung ausnahmsweise zu gewähren, sofern die übrigen Voraussetzungen dieser Bestimmungen erfüllt sind. Ebenso steht dem Gemeinderat zu, ausnahmsweise von dem Erfordernis der Bezahlung dreier Jahresprämien (§ 1 Abs. 1) abzusehen.

7. Insoweit der voranschlagsmäßig im Sinne dieser Bestimmungen auszuwerfende Betrag nicht gebraucht wird, ist er zur Bildung einer Spezialreserve zu verwenden.

Digitized by Google

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und recht deutlich zu schreiben.

a) Krankenversicherungspflicht von Notstandsarbeitern. b) Beihilfepflicht der Gemeinde nach dem Notgesetz für Krankenkassen.

1. Nach W. Frage: a) Durch den Kriegszustand sind im Bereiche unseres Kassenbezirks viele Mitglieder arbeitslos geworden und somit aus der Kasse ausgeschieden. Ein großer Teil dieser Arbeiter wird bei der Stadtgemeinde mit sogenannten Notstandsarbeiten (Wegebauten u. dergl.) beschäftigt und verdienen täglich 1,50 M. bis 2,50 M. Die Stadtverwaltung weigert sich, die Leute bei unserer Kasse anzumelden mit der Begründung, daß eine Versicherungspflicht nicht besteht. Wir sind der Ansicht, daß hier Versicherungsfreiheit nicht vorliegt, denn die §§ 169, 171, 172 RVO. sowie die Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 17. 11. 13 lassen sich in vorliegendem Falle nicht anwenden. Auch kann § 174 Ziff. 2 RVO. nicht in Frage kommen. Wir bitten um Auskunft, ob unser Standpunkt der richtige ist.

b) Wie ist die Bestimmung des § 2 Abs. 1 des Notgesetzes, betreffend „Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen" aufzufassen, wonach die erforderlichen Beihilfen beim nichtausreichen der Beiträge zu leisten sind? Wenn z. B. vom 4. August ab bei 4½ % Beiträge mehr Leistungen gewährt als Einnahmen verbucht werden, sind dann schon die entsprechenden Beihilfen zu leisten oder müssen eventuell die Beitragsüberschüsse aus früheren erst verbraucht werden? Oder kann verlangt werden, daß der Reservefonds angegriffen wird?

Antwort: a) Wir teilen Ihre Auffassung. In Frage kommen kann höchstens Versicherungsfreiheit wegen nur vorübergehender Dienstleistungen im Sinne der Bekanntmachung des Reichskanzlers v. 17. Nov. 1913 (Arb.-Vers. 1913 S. 848); aber es ist nicht ersichtlich, daß die Voraussetzungen eines der dort erwähnten Fälle vorliegen. Durch den Krieg veranlaßte Notstandsarbeiten können freilich insbesondere auch unter die dort in Ziff. I 5 enthaltene Vorschrift fallen, aber auch deren Voraussetzungen liegen offenbar nicht vor.

b) Daß die Beiträge von 4½ % — wie das Notgesetz (hier S. 569) voraussetzt — für die Regelleistungen und Verwaltungskosten nicht ausreichen, kann man nicht sagen, wenn der Kasse noch andere verfügbare Mittel zu Gebote stehen. Solche Mittel muß sie daher zunächst verwenden. Dazu gehören nicht nur vorhandene Ueberschüsse aus der Zeit vor dem 4. August, sondern auch die Rücklage mindestens insoweit, als sie den gebotenen Betrag (§ 364 RVO.) übersteigt. Man wird aber auch fordern dürfen, daß die Kasse selbst diesen gebotenen Betrag in gewissen Grenzen angreift, ehe sie die Beihilfe des Gemeindeverbandes in Anspruch nimmt. Denn die Rücklage ist begrifflich für Fälle außerordentlichen Bedarfs bestimmt, und um solchen Bedarf handelt es sich doch in der gegenwärtigen Zeit. Die Vorsorge für künftige, mögliche Notfälle muß gegenüber dem gegenwärtigen Notstande zurücktreten. Nur braucht sich die Kasse auch nicht von allen bereiten Mitteln vollständig zu entblößen, ehe sie sich an die Gemeinde wendet. Falls hierüber eine den Verhältnissen billig Rechnung tragende Verständigung nicht zustande käme, wäre der Streit nach § 405 Abs. 2 RVO. zu entscheiden (Hahn Anm. 2b zu § 389; vgl. auch Hoffmann Anm. 8 zu § 390).

Anspruch eines Gläubigers der geschlossenen Kasse gegen die Kasse, welcher der Vermögensrest überwiesen wurde.

2. Nach St. Antwort: Ihrer Kasse konnte nur der nach Abwicklung der Geschäfte verbleibende Vermögensbetrag der geschlossenen Kasse überwiesen werden (§ 303 RVO.). Das setzt voraus, daß zuvor alle Gläubiger, die ihre Forderungen rechtzeitig angemeldet haben, befriedigt sind (§ 301 Abs. 2). Ist ein solcher Gläubiger zu Unrecht nicht befriedigt worden, so kann er folglich fordern, daß Ihre Kasse ihn aus dem ihr überwiesenen Vermögensbetrage befriedige (§ 812 BGB.). Es kommt also darauf an, ob der Armenverband seinen Anspruch bei der geschlossenen Kasse rechtzeitig angemeldet hat; ist dies nicht der Fall, so kann seine Befriedigung verweigert werden.

Beitragspflicht bei Auflösung einer Innungskrankenkasse. — Kriegsgefangene sind nicht krankenversicherungspflichtig.

3. Nach Fl. Frage: a) In unserer Stadt hat bis zum 30. Juni d. J. eine Innungskrankenkasse bestanden. Ihre Mitglieder sind vom 1. Juli d. J. ab Mitglieder der Allgemeinen Ortskrankenkasse geworden. Ein Vorstandsmitglied dieser behauptet nun, daß die Arbeitgeber, welche die Arbeitnehmer bei der früheren Innungskrankenkasse versichert hatten, vom 1. Januar d. J. bis Ende Juni d. J. ⅓ der Beiträge in der Höhe, wie sie bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse erhoben werden, an die Allgemeine Ortskrankenkasse zu zahlen haben. Eine Bestimmung darüber ist mir nicht bekannt.

b) Findet die Krankenversicherung der Reichsversicherungsordnung auch auf Kriegsgefangene, falls sie zur Arbeit angenommen werden, Anwendung?

Antwort: a) Das Verlangen, daß die Arbeitgeber der früheren Innungskrankenkassenmitglieder Beiträge für die Zeit vom 1. Januar ab nachzahlen müßten, ist durch nichts gerechtfertigt. Vielleicht geht jenes Vorstandsmitglied

Digitized by Google

von der falschen Auffassung aus, daß bei Auflösung einer Kasse Beiträge an die neue für das ganze Geschäftsjahr entrichtet werden müßten.

b) Kriegsgefangene, die für Rechnung des Reiches beschäftigt werden, unterliegen nicht der Versicherungspflicht, mögen sie auch für ihre Arbeit eine kleine Vergütung erhalten. Sie übernehmen die Beschäftigung nicht auf Grund freier Entschließung, sondern unter dem Zwange der Macht, von der sie gefangen gehalten werden. Nur wenn ihnen — was bisher unseres Wissens nicht geschehen ist — gestattet werden sollte, nach freiem Ermessen bei irgendeinem Unternehmer Arbeit anzunehmen, so würde eine solche Beschäftigung versicherungspflichtig sein. Solche Fälle dürften wegen der Schwierigkeit, die Gefangenen zu beaufsichtigen, kaum vorkommen.

Anzeige der freiwilligen Weiterversicherung in der 2. oder der 3. Woche nach dem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung.

4. Nach Leipzig. Antwort: In § 313 Abs. 2 Satz 2 RVO. ist zwar nur von Krankheit die Rede, man muß aber wohl annehmen, daß diese Vorschrift auch für die anderen Versicherungsfälle gilt. Infolgedessen besteht bei freiwilliger Weiterversicherung der Anspruch auf Sterbegeld nicht, wenn der Tod in der zweiten oder der dritten Woche eingetreten ist, und der Versicherte die Anzeige nicht schon in der ersten Woche gemacht hat. Entsprechendes gilt für die Wöchnerinnenunterstützung. (Vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 6 letzter Absatz zu § 313.) Uebrigens hat der Weiterversicherer Anspruch auf die vollen satzungsmäßigen Kassenleistungen, nicht bloß auf die Regelleistungen.

Kosten für Ausbesserung eines Stelzfußes.

5. Nach G. Antwort: Die Kasse ist nicht verpflichtet, den Stelzfuß, den das Mitglied schon seit Jahren trägt, ausbessern zu lassen; denn er ersetzt ein fehlendes Glied, dient aber keinem Heilzweck. Die Satzung enthält aber keine Vorschrift, der zufolge auch nach beendetem Heilverfahren zur Herstellung oder Erhaltung der Arbeitsfähigkeit Hilfsmittel gegen Verunstaltung oder Verkrüppelung zu gewähren sind.

Kosten der Beförderung eines auf der Straße Verunglückten zum Krankenhause mittels Autos.

6. „Transport." Antwort: Da durch die Beförderung des Verunglückten zum Krankenhaus die ärztliche Behandlung erst ermöglicht wurde, so muß die Krankenkasse die Kosten dafür erstatten (vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 4c zu § 182), und zwar muß sie die Kosten derjenigen Beförderungsart erstatten, die nach der Sachlage angemessen war. Hierbei darf aber die Kasse nicht kleinlich sein. An sich mag in jenem Falle die Beförderung mit einem Pferdefuhrwerk ebenso genügend wie die mit einem Auto gewesen sein. Andererseits aber ist zu bedenken, daß bei Unglücksfällen schnell gehandelt werden muß, und daß auch eine schleunige Beförderung im Interesse der Heilbehandlung liegt. Vielleicht hat das billigere Fuhrwerk nicht sofort zur Verfügung gestanden. Konnte hiernach der Arzt unter den gegebenen Umständen die Beförderung mit dem Auto für zweckdienlich halten, so muß die Kasse die vollen Kosten für dieses tragen.

Rückforderung überhobener Kassenbeiträge.

7. Nach N. Antwort: Die Beiträge werden nach dem Grundlohn bemessen (§§ 385 ff. RVO.), d. h. nach dem wirklichen Grundlohn, nicht nach dem in der Anmeldung irrtümlich angegebenen. Hat der Arbeitgeber versehentlich den Vierteljahrslohn als Monatslohn bezeichnet, und sind demgemäß von ihm höhere Beiträge erhoben worden, so kann er den Mehrbetrag von der Kasse zurückfordern. Das folgt aus § 812 ff. BGB., und wenn davon in der Literatur nirgends die Rede ist, so erklärt sich das durch die Selbstverständlichkeit, daß die Grundsätze von Treu und Glauben auch für die Krankenkassen gelten. Demgegenüber ist es ohne Belang, ob etwa gegenüber demjenigen, der sich zur Staatssteuer zu hoch einschätzt, nach positiver Normierung oder auf Grund besonderer Erwägungen etwas anderes gilt; im Verhältnis der Krankenkassen zu den Beitragspflichtigen gilt jedenfalls keine Bestimmung, die eine Abweichung von jenem allgemeinen Rechtssatze rechtfertigen könnte. Die erforderliche Rücksicht auf eine geordnete Rechnungsführung der Kassen nimmt das Gesetz durch Einführung der kurzen Verjährungsfrist für die Rückforderung (§ 29 Abs. 2 RVO.).

Grenzen der Bedeutung einer Entscheidung aus § 405 Abs. 2 RVO. — Anspruch eines am 1. Januar 1914 arbeitsunfähigen Dienstboten.

8. Nach B. Fr. Antwort: Formell ist der Standpunkt der Kasse richtig. Durch die gemäß § 405 RVO. ergangene Entscheidung des Oberversicherungsamts ist auf Antrag der Arbeitgeberin festgestellt, daß das Dienstmädchen trotz seiner Arbeitsunfähigkeit vom 1. Januar 1914 ab Mitglied der Landkrankenkasse geworden ist. Damit ist über die dem Dienstmädchen auf Grund dieser Mitgliedschaft zustehenden Ansprüche in keiner Weise entschieden, und die Kasse ist daher nicht gehindert, den nunmehr von der Versicherten selbst zu erhebenden Anspruch (§§ 1545, 1551) abzulehnen und im Spruchverfahren (§§ 1636 ff.) geltend zu machen, daß wegen der bei Beginn des Versicherungsverhältnisses bereits gegebenen Arbeitsunfähigkeit ein Anspruch auf Kassenleistungen nicht bestehe. Sachlich aber halten wir diesen Standpunkt für unbegründet. Wir verweisen auf unsere Ausführungen in Heft 10 S. 243. Auf demselben Standpunkt steht, außer Hahn in ArbVers. 1913 S. 841 ff., 847, auch Hoffmann im Preuß. VerwBl. 35 (1914) S. 511.

Für die Redaktion verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 12.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Dippe; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe; Geh. Regierungsrat Professor Dr. Laß, Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Rat Dr. Olshausen; Geheimrat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1079 der ganzen Folge

31. Jahrgang | **11. Oktober 1914** | **Heft 29**

Zur Anwendung der §§ 169, 170, 171 RVO.

Von Wirklichem Geheimen Ober-Regierungsrat **Dr. Hoffmann** in **Berlin-Grunewald**

1. Nachdem durch die RVO. die Krankenversicherungspflicht auf alle gegen Entgelt, wenn auch nur gegen freien Unterhalt beschäftigten Personen ausgedehnt worden ist, war es notwendig, nach dem Vorgange bei der Invalidenversicherung, die Befreiung von der Versicherungspflicht für solche Personen vorzusehen, für deren Versicherung kein Bedürfnis vorliegt, weil für sie in anderer Weise ausreichend gesorgt ist. Diesem Zwecke dienen in erster Linie die §§ 169, 170, 171 RVO. Der § 169 RVO. bezieht sich auf die Versicherungsfreiheit der in Betrieben oder im Dienste des Reiches, eines Bundesstaates, eines Gemeindeverbandes, einer Gemeinde oder eines Versicherungsträgers Beschäftigten sowie der Lehrer oder Erzieher an öffentlichen Schulen oder Anstalten, während im § 170 RVO. die Voraussetzungen für die Versicherungsfreiheit der in Betrieben oder im Dienste anderer öffentlichen Verbände oder öffentlichen Körperschaften Beschäftigten sowie der Beamten und Bediensteten der landesherrlichen Hof-, Domanial-, Kameral-, Forst- und ähnlichen Verwaltungen der herzoglich braunschweigischen Landschaft und der fürstlich hohenzollernschen Fideikommißverwaltung festgesetzt sind. Der § 171 RVO. endlich handelt von der Versicherungsfreiheit der in Betrieben oder im Dienste nicht öffentlicher Körperschaften oder als Lehrer oder Erzieher an nicht öffentlichen Schulen oder Anstalten Beschäftigten. Voraussetzung für die Versicherungsfreiheit aller vorbezeichneten Beschäftigten ist die Gewährleistung des Anspruchs mindestens entweder auf Krankenhilfe in Höhe und Dauer der Regelleistungen der Krankenkassen oder für die gleiche Zeit auf Gehalt, Ruhegeld, Wartegeld oder ähnliche Bezüge im anderthalbfachen Betrage des Krankengeldes durch den Arbeitgeber oder die Beschäftigung als Ausbildung für den Beruf (§§ 170, 171, 172 RVO.). Ist dieser Anspruch zugesichert oder dient die Beschäftigung nur der Ausbildung, so tritt bei den in Betrieben oder im Dienste des Reiches, eines Bundesstaates, eines Gemeindeverbandes, einer Gemeinde oder eines Versicherungsträgers Beschäftigten sowie bei Lehrern oder Erziehern an öffentlichen Schulen oder Anstalten die Befreiung von der Versicherungspflicht kraft Gesetzes ein, ohne daß es hierzu noch einer behördlichen Anordnung bedarf. Nach dem Entwurfe (§ 183) sollten die von allen anderen öffentlichen Verbänden und Körperschaften Beschäftigten sowie die Beamten und Bediensteten der landesherrlichen Hof-, Domanial-, Kameral-, Forst- und ähnlichen Verwaltungen, der herzoglich braunschweigischen Landschaft und der fürstlich hohenzollernschen Fideikommißverwaltung gleichwie die von den nicht öffentlichen Körperschaften Beschäftigten und die Lehrer oder Erzieher an nicht öffentlichen Schulen oder Anstalten nach freiem Ermessen

Digitized by Google

durch die oberste Verwaltungsbehörde von der Versicherungspflicht befreit werden können. Die Reichstagskommission hat hier aber einen Unterschied zwischen den öffentlichen Körperschaften und den nicht öffentlichen Körperschaften eingeführt und nur für die von nicht öffentlichen Körperschaften Beschäftigten sowie für Lehrer und Erzieher an nicht öffentlichen Schulen oder Anstalten das Ermessen der obersten Verwaltungsbehörde bestehen lassen. Bei den öffentlichen Körperschaften sollte die oberste Verwaltungsbehörde verpflichtet sein, dem Antrage des Arbeitgebers stattzugeben. Demgemäß muß die oberste Verwaltungsbehörde nach § 170 RVO. die Versicherungsfreiheit der in Betrieben oder im Dienste anderer als im § 169 bezeichneten öffentlichen Körperschaften aussprechen, wenn die Regelleistungen der Krankenkassen oder Gehalt, Wartegeld oder ähnliche Bezüge auf die gesetzliche Unterstützungsdauer zugesichert sind oder wenn die Beschäftigung nur der Ausbildung dient. Dagegen ist es nach § 171 RVO. ganz ihrer Entschließung überlassen, „wieweit" sie die in Betrieben oder im Dienste nicht öffentlicher Körperschaften Beschäftigten oder die Lehrer oder Erzieher an nicht öffentlichen Schulen oder Anstalten von der Versicherungspflicht befreien will.

2. Für die Befreiung von der Versicherungspflicht kommen, abgesehen von den Lehrern oder Erziehern, nur Beschäftigte in Betracht. Welche Personen darunter zu verstehen sind, ist streitig. Bei Beratung der §§ 169, 170, 171 RVO. ist auf diese Frage nicht eingegangen, wohl aber bei Erörterung des § 1234 RVO., der eine dem § 169 RVO. entsprechende Vorschrift für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung enthält. Hier wurde von einem Abgeordneten darauf hingewiesen, daß nach dem Invalidenversicherungsgesetze die Befreiung von der Versicherungspflicht nur für Beamte zulässig gewesen sei und daß durch die Ersetzung dieses Wortes durch das Wort „Beschäftigte" Zweifel entstanden seien, ob auch die Arbeiter im Dienste oder in Betrieben des Reiches von der Versicherungspflicht befreit werden sollten. Daß dies die Absicht der Änderung des Wortlautes nicht sein könne, gehe auch aus den Ausführungen in der Begründung (S. 390) hervor, wonach Zweifel ausgeschlossen werden sollten, daß auch die auf Grund eines privatrechtlichen Verhältnisses Beschäftigten als Beamte im Sinne der fraglichen Vorschrift angesehen werden könnten. Diese Ausführungen wurden von einem Regierungsvertreter mit dem Hinweis darauf als zutreffend bezeichnet, daß gegen den § 5 Abs. 1 JVG. eine materielle Änderung nicht eintreten solle und daß nur diejenigen befreit werden sollten, welche nach den dienstpragmatischen Vorschriften des Reiches oder der Bundesstaaten usw. Anspruch auf die betreffenden Bezüge haben, also nicht diejenigen, die sich in einem anderen Verhältnisse befänden. (Sten. Ber. S. 6906.) Bereits Rosin hat im 28. Bande S. 630 dieser Zeitschrift darauf hingewiesen, daß diese Erklärung des Regierungsvertreters mit den Ausführungen in der Begr. S. 390, wo es heißt:

„Wenn die Sicherheit für eine gleichwertige Fürsorge vorliegt, so ist es für die Frage der Befreiung gleichgültig, ob die Beschäftigung auf Grund eines öffentlich-rechtlichen oder eines privatrechtlichen Verhältnisses stattfindet"

nicht im Einklange stehe. Dieser Vorgang wird daher für eine zuverlässige Auslegung keine ausreichende Unterlage geben können. Immerhin hat das RVA., das schließlich für die Auslegung der Vorschrift maßgebend ist, unter Berufung auf diese Vorgänge in der Anleitung über den Kreis der nach der RVO. gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen vom 26. April 1912 Ziff. 26 (AN. S. 721) folgendes ausgeführt:

„Die RVO. bezieht sich hier — an Stelle der im § 5 Abs. 1, 2 JVG. erwähnten „Beamten" — auf die in Betrieben oder im Dienste des Reichs „Beschäftigten". Nach dem Wortlaut und der Entstehungsgeschichte des § 1234 RVO. (Verhandlungen des Reichstags, Stenographische Berichte Bd. 267 S. 6906) ist anzunehmen, daß diese Vorschrift sich nicht nur auf Beamte im eigentlichen Sinne bezieht.

Digitized by Google

Immerhin setzt sie voraus, daß der Beschäftigte in ähnlichem Maße wie ein Beamter in seinen Versorgungsansprüchen gesichert ist." Da es die ausgesprochene Absicht der RVO. ist, den Kreis der krankenversicherungspflichtigen und invalidenversicherungspflichtigen Personen tunlichst gleich zu gestalten, so wird der Begriff „Beschäftigte" in den §§ 169, 170, 171 RVO. ebenso auszulegen sein. Auch das RVA. geht in der Anleitung (Ziff. 35) davon aus, daß die gleichen Grundsätze für das Gebiet der Krankenversicherung zu gelten haben, so daß nur solche Beschäftigte von der Krankenversicherungspflicht befreit sind oder befreit werden dürfen, die Beamte sind oder sich in einer beamtenähnlichen Stellung befinden. Daß diese Auffassung zutreffend ist, geht auch aus dem Wortlaute des § 169 RVO. selbst hervor. Nach § 169 RVO. tritt die Versicherungsfreiheit nur ein, wenn entweder ein Anspruch auf Krankenhilfe in Höhe und Dauer der Regelleistungen der Krankenkassen oder für die gleiche Zeit Anspruch auf Gehalt, Ruhegehalt, Wartegeld oder ähnliche Bezüge im anderthalbfachen Betrage des Krankengeldes zugesichert ist. „Gehalt, Ruhegehalt, Wartegeld oder ähnliche Bezüge" beziehen nur Beamte oder Personen in beamtenähnlicher Stellung. Diese Ausdrücke sind im Gegensatz zu dem Begriffe „Entgelt" gebraucht, der nach § 160 RVO. neben Gehalt auch den Lohn, also den Entgelt für gewöhnliche Arbeiter, Dienstboten usw. umfaßt. Können hiernach schon die im § 165 Abs. 1 Ziff. 1 bezeichneten Personen (Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge, Dienstboten) nicht zu den Beschäftigten im Sinne der §§ 169, 170, 171 RVO. gerechnet werden, so kommt noch hinzu, daß im Gegensatz zum KVG. die Befreiung jedes Versicherten nach der RVO. nicht mehr zulässig ist. Im § 186 des Entwurfs (§ 173 des Gesetzes) war eine Ziff. 2 vorgesehen, nach der jeder Versicherte auf seinen Antrag von der Versicherungspflicht befreit werden konnte, wenn er bei Erkrankung an seinen Arbeitgeber einen Anspruch auf eine den Leistungen der zuständigen Krankenkasse gleichwertige Unterstützung hatte, der Arbeitgeber die volle Unterstützung aus eigenen Mitteln deckte und seine Leistungsfähigkeit gesichert war. Die Reichstagskommission hat die Vorschrift in dieser Allgemeinheit gestrichen und nur für landwirtschaftliche Arbeiter und Dienstboten (§§ 418, 435) bestehen gelassen; vgl. Kommissionsber. 2. Teil S. 29. Hierfür war hauptsächlich die Erwägung maßgebend, daß mit der Befreiung nach dem KVG. § 3a vielfach Mißbrauch getrieben worden war. Diese Auffassung muß selbstredend auf die Anwendung der §§ 169, 170, 171 RVO. rückwirken, so daß grundsätzlich Beschäftigte, die zu den im § 165 Abs. 1 Nr. 1 RVO. bezeichneten Personen gehören, nicht auf Grund dieser gesetzlichen Vorschrift befreit sind, oder befreit werden können. Soweit landwirtschaftliche Arbeiter oder Dienstboten in Frage stehen, kann die Versicherungsfreiheit nur unter Beachtung der Vorschriften in den §§ 418, 435 herbeigeführt werden. In gleicher Weise werden die Worte „Beamte und Bedienstete" in § 170 Abs. 2 RVO. auszulegen sein.

Gegenüber dem § 1234 RVO. wird noch darauf hingewiesen, daß, während hier nur von Anwartschaft auf Ruhegeld die Rede sei, im § 169 RVO. die Gewährung des Anspruchs auf Krankenhilfe in Höhe und Dauer der Regelleistungen der Krankenkasse die Versicherungsfreiheit begründe. Eine solche Zusicherung könne auch anderen Personen als Beamten oder Personen in beamtenähnlicher Stellung gegeben werden. Dabei wird aber übersehen, daß eine wahlweise Zusicherung von Ansprüchen auch die Möglichkeit der Gewährung jedes einzelnen Anspruchs zur notwendigen Voraussetzung hat. Der Anspruch auf Gehalt usw. kann aber gewöhnlichen Arbeitern gar nicht gewährt werden. Auf einen andern Standpunkt steht allerdings der Beschluß des Staatsministeriums vom 16. Dezember 1913 (HMBl. 1914 S. 12), der sich auch auf die Befreiung der im § 165 Abs. 1 Nr. 1 bezeichneten Personen erstreckt. Nach Lage der Gesetzgebung dürfte dies aber nicht als zutreffend bezeichnet werden können. Übrigens hat die Frage nach der Begriffs-

Digitized by Google

bestimmung des Wortes „Beschäftigte" für die Anwendung des § 171 keine Bedeutung, da es hier dem Ermessen der obersten Verwaltungsbehörde überlassen ist, „wie weit" sie die von nicht öffentlichen Körperschaften Beschäftigten von der Versicherungspflicht befreien will. In Preußen sind hier jedenfalls grundsätzlich die im § 165 Abs. 1 Nr. 1 bezeichneten Personen von der Befreiung ausgenommen worden.

3. Nachdem der Reichstag den Unterschied zwischen öffentlichen und nicht öffentlichen Körperschaften so aufgestellt hat, daß öffentliche Körperschaften, wenn sie die ausreichende Zusicherung der Krankenunterstützung gegeben haben, die Versicherungsfreiheit ihrer Beschäftigten beanspruchen können, nicht öffentliche Körperschaften dagegen nur dann die Versicherungsfreiheit ihrer Beschäftigten erreichen, wenn die oberste Verwaltungsbehörde dies zuläßt, ist es für die Durchführung der §§ 170, 171 nötig, sich über den Unterschied zwischen öffentlichen und nicht öffentlichen Körperschaften klar zu werden. Hahn (Handbuch der Krankenversicherung Anm. 2 zu § 170) rechnet zu den öffentlichen Körperschaften alle Personenvereinigungen oder Anstalten, denen auf Grund öffentlichen Rechts Körperschaftsrechte — juristische Persönlichkeit — zusteht, während nicht öffentliche Körperschaften alle Personenvereinigungen, Stiftungen und Anstalten sein sollen, denen nach dem Gesetze oder kraft besonderer Verleihung juristische Persönlichkeit zukommen (Anm. zu § 171 a. a. O.). Diese Begriffsbestimmungen können aber als zutreffend nicht bezeichnet werden. Vielmehr gehören zu den öffentlichen Körperschaften nur solche Personenvereinigungen oder Anstalten, welche kraft öffentlichen Rechts juristische Persönlichkeit haben oder erhalten können und denen die Erfüllung von Aufgaben übertragen ist, deren Erfüllung im öffentlichen Interesse liegt und sonst dem Staate zufallen würde. Sie sind zu dem Zwecke mit gewissen Hoheits- und Zwangsrechten (Zwangsbeitreibung der Beiträge im Verwaltungszwangsverfahren, Entscheidung von Streitigkeiten im Verwaltungsstreitverfahren usw.) ausgestattet. Sodann gehören zu den öffentlichen Körperschaften solche Personenvereinigungen oder Anstalten des bürgerlichen Rechts, denen die Eigenschaft einer öffentlichen Körperschaft durch Akt der landesherrlichen Gewalt ausdrücklich verliehen worden ist. Zu den öffentlichen Körperschaften des Reichsrechts sind hiernach außer den im § 169 bezeichneten Versicherungsträgern (Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Landesversicherungsanstalten usw.) die Innungen und Handwerkskammern, sowie die mit Rechtsfähigkeit ausgestatteten Innungsausschüsse und Innungsverbände zu rechnen. Oeffentliche Körperschaften im landesrechtlichen Sinne sind außer den Gemeinden und Gemeindeverbänden, die nach § 169 zu behandeln sind, die Handelskammern und die kaufmännischen Korporationen, die Landwirtschaftskammern, die Aerztekammern, die Zahnärztekammer in Berlin, die Wiesengenossenschaften, die landschaftlichen Kreditinstitute, die öffentlichen Feuersozietäten und Brandversicherungsanstalten, die Deichverbände, Fischereigenossenschaften, Waldgenossenschaften, Be- und Entwässerungsgenossenschaften, öffentliche Wassergenossenschaften, Knappschaften, Kirchen- und Schulverbände, die Hauberggenossenschaften, der Johanniterorden und diejenigen Stiftungen, denen bei der landesherrlichen Genehmigung ihres Statuts die Eigenschaft einer öffentlichen Körperschaft ausdrücklich verliehen worden ist. Alle übrigen Körperschaften sind nicht öffentlicher Natur und fallen unter den § 171 RVO. Dahin gehören vornehmlich die Aktiengesellschaften, die eingetragenen Vereine, die eingetragenen Genossenschaften, die privaten Versicherungsunternehmungen usw., nicht aber offene Handelsgesellschaften oder die Kommanditgesellschaften. Zu den nicht öffentlichen Körperschaften gehören auch die Standesherrschaften.

4. Die Versicherungsfreiheit wird in den Fällen der §§ 170, 171 RVO. von der obersten Verwaltungsbehörde ausgesprochen; diese kann aber die Befugnis auf Grund des § 110 RVO. auf andere Behörden übertragen. Die Befreiung kann jederzeit nach freiem Ermessen widerrufen werden. Die Anordnung der

Digitized by Google

obersten Verwaltungsbehörde bezieht sich nicht auf einzelne namhaft zu machende Personen, sondern auch auf die Inhaber bestimmter Stellen oder auf alle oder auf einzelne Arten der von der Körperschaft Beschäftigten überhaupt. Wäre die Befreiung bestimmter Beschäftigter beabsichtigt, so wäre nach dem Vorgang in den §§ 418, 435 für die Entscheidung über den Befreiungsantrag der Kassenvorstand die gegebene Stelle gewesen. Die Körperschaften haben daher nur die Zusicherung der Leistungen in der vorgeschriebenen Höhe ganz allgemein auszusprechen und zwar für einen der gesetzlichen Unterstützungsdauer entsprechenden Zeitraum. Es genügt aber nicht die Zusicherung für sechsundzwanzig Wochen, sondern in den Fällen, wo die Arbeitsunfähigkeit im Laufe der Krankheit hinzutritt, für die im § 183 RVO. verlängerte Zeit. Wie sich aus der Bezugnahme auf den § 179 RVO. im § 169 RVO. ergibt, ist es zulässig, die Leistungen, wenn sie in Form der Krankenhilfe gewährt werden sollen, in dem im § 188 (chronische Kranke) und § 192 (Schädigung der Kasse durch eine mit dem Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte bedrohten Handlung, vorsätzliche Zuziehung der Krankheit oder durch schuldhafte Beteiligung bei Schlägereien oder Raufhändeln) zugelassenen Umfange zu mindern.

Ob hiernach die Versicherungsfreiheit auf Grund ausreichender Zusicherung der im § 169 vorgeschriebenen Ansprüche kraft Gesetzes (§ 169) oder auf Grund der Entscheidung der obersten Verwaltungsbehörde (§§ 170, 171) tatsächlich besteht, wird bei Streit zwischen dem Beschäftigten und dem Arbeitgeber und bei Streit zwischen der Krankenkasse, die den Arbeitgeber zu Beiträgen heranzieht, und dem Arbeitgeber, sowie bei Streit zwischen dem Beschäftigten, der Kassenleistungen beansprucht, und der Krankenkasse, gemäß § 405 RVO. durch den Beschlußausschuß des Versicherungsamts und auf Beschwerde durch die Beschlußkammer des Oberversicherungsamts endgültig entschieden.

Im gleichen Verfahren ist auch darüber zu entscheiden, ob die Zeit der Befreiung als Versicherung anzusehen ist, wenn die Ausübung einer Berechtigung oder das Bestehen eines Anspruchs nach gesetzlicher Vorschrift von der Zurücklegung einer bestimmten Versicherungsdauer abhängig ist. Hier kommt zunächst der § 214 RVO. in Frage, wonach bei Ausscheiden wegen Erwerbslosigkeit der Versicherte bei Krankheiten, die innerhalb der nächsten drei Wochen nach dem Ausscheiden eintreten, Anspruch auf die Regelleistungen gegenüber der bisherigen Kasse hat, wenn er in den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens sechsundzwanzig Wochen oder unmittelbar vorher mindestens sechs Wochen versichert war. Während in §§ 119, 435 RVO. bei landwirtschaftlichen Arbeitern und Dienstboten, die von der Versicherungspflicht befreit waren, ausdrücklich bestimmt ist, daß für Versicherungsfälle, die bei Ablauf der Befreiung bereits eingetreten sind oder im Falle des § 214 in den ersten drei Wochen nach diesem Ablauf eintreten, die Kasse nichts zu leisten hat, sondern der Anspruch des Befreiten gegen den Arbeitgeber unberührt bleibt, fehlt es für die Befreiung nach §§ 169, 170, 171 an einer entsprechenden Vorschrift. Es muß daher angenommen werden, daß mit dem Aufhören der Befreiung die Leistungspflicht der zuständigen Krankenkasse sofort in vollem Umfange beginnt, naturgemäß vorbehaltlich der Leistungspflicht der Arbeitgebers bei Krankheiten, die zu diesem Zeitpunkte bereits bestanden haben; denn der Anspruch auf die Krankenunterstützung wird stets seinem ganzen Umfange nach im Augenblicke der Erkennung erworben.

Nach § 313 RVO. können sich ausscheidende Kassenmitglieder, die in den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens sechsundzwanzig Wochen oder unmittelbar vor dem Ausscheiden mindestens sechs Wochen krankenversichert waren, bei der bisherigen Kasse weiterversichern. Nach § 419 Abs. 2, § 435 RVO. gilt diese Vorschrift sinngemäß für landwirtschaftliche Arbeiter und Dienstboten so, als ob sie bis zum Ablauf der Befreiung Mitglieder der Kasse gewesen wären. Für die auf Grund der §§ 169, 170,

Digitized by Google

171 befreiten Beschäftigten fehlt diese Vergünstigung; sie können sich also nicht bei der sonst für sie zuständigen Kasse weiterversichern, sondern nur nach § 176 RVO. freiwillig versichern, sofern sie nicht zu einer versicherungspflichtigen Beschäftigung übergehen. Die Wochenhilfe wird nach § 195 RVO. Wöchnerinnen nur gewährt, wenn sie im letzten Jahre vor der Niederkunft mindestens sechs Monate hindurch gegen Krankheit versichert waren. Das Gleiche gilt für die Gewährung des Stillgeldes durch die Satzung (§ 200 RVO.), während Schwangeren Schwangerengeld, Hebammendienste und ärztliche Behandlung durch die Satzung nur zugebilligt werden darf, wenn sie der Kasse bereits sechs Monate angehört haben. In allen diesen Fällen wird die Zeit der Befreiung bei landwirtschaftlichen Arbeitern und Dienstboten nach ausdrücklicher Vorschrift im § 419 Abs. 2 RVO. als Versicherung angerechnet; für die auf Grund der §§ 169, 170, 171 RVO. befreiten Beschäftigten fehlt es an einer solchen Vorschrift. Dafür wird aber auch der bisherige Arbeitgeber nicht anteilig zu den Kosten der Wochenhilfe herangezogen (§ 197 RVO.).

Beschäftigte, die auf Grund der §§ 169, 170, 171 RVO. von der Versicherungspflicht befreit sind, können sich nach § 176 RVO. selbstversichern.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Wahlen von Vertretern der Arbeitgeber und der Versicherten auf Grund der RVO.

Erlaß des preuß. Ministers für Handel und Gewerbe vom 21. Septbr. 1914 (HMBl. S. 490).

Durch Erlaß vom 29. August d. J. (HMBl. S. 470) sind die Oberversicherungsämter angewiesen, zu veranlassen, daß Wahlen von Vertretern der Arbeitgeber und der Versicherten auf Grund der Reichsversicherungsordnung bis auf weiteres nicht vorgenommen werden. Inzwischen ist durch die Verordnung des Bundesrats vom 4. September d. J. (RGBl. S. 395) die Amtsdauer der bisherigen Vertreter längstens bis zum 31. Dezember 1915 verlängert worden. Wegen des Zeitpunktes der Vornahme der Wahlen wird im nächsten Jahre weitere Anweisung ergehen.

Zur Vermeidung von Zweifeln bemerke ich, daß bei allen noch nicht zum Abschluß gebrachten Wahlen, auf welche jene Bekanntmachung zutrifft, im nächsten Jahre die Wahlgeschäfte von Anfang an zu wiederholen sind. Hiernach wird, sofern die Wahl selbst noch nicht stattgefunden hat, allen Vorschlagslisten, die vor oder nach der Mobilmachung eingereicht worden sind, keine weitere Folge zu geben und im nächsten Jahre eine neue Frist zur Einreichung solcher Listen zu setzen sein. Die Wahlen der Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten sind hierbei gesondert zu behandeln. Es kann also bei einer Versicherungsbehörde der Fall eintreten, daß die Vertreter der Versicherten bereits jetzt gewählt sind, während die Wahl der Vertreter der Arbeitgeber erst im nächsten Jahre stattfinden wird.

Diejenigen Versicherungsämter, bei denen die Versicherungsvertreter noch nicht nach der Reichsversicherungsordnung gewählt sind, sind mir bis zum 15. November d. J. namhaft zu machen. Einer Fehlanzeige bedarf es nicht.

Versicherung der freiwilligen Erntehelfer.

Erlaß der preuß. Minister für Handel usw. und für Landwirtschaft usw. vom 7. September 1914. (HMBl. S. 491).

Die Frage, ob freiwillige Erntehelfer der Versicherungspflicht unterliegen, ist von den Spruchbehörden auf dem in der Reichsversicherungsordnung vorgeschriebenen Instanzenwege zu entscheiden. Mit dem hieraus sich ergebenden Vorbehalte bemerken wir ergebenst folgendes:

Die Krankenversicherungspflicht der freiwilligen Erntehelfer wird nicht durch den Umstand ausgeschlossen, daß sie für ihre Tätigkeit nur freien Unterhalt beziehen. Ihre Versicherungspflicht wird vielmehr davon abhängen, ob sie in einem Beschäftigungsverhältnis im Sinne des § 165 RVO. stehen. Wir neigen zu der Annahme, daß ein solches Verhältnis dann nicht vorliegt, wenn ein Erntehelfer sich zur Arbeit angeboten hat, um sich während der Kriegszeit gemeinnützig zu betätigen, nicht aber in der Absicht, sich durch Arbeitsleistung einen wirtschaftlichen Vorteil zu verschaffen.

Digitized by Google

Auf dem Gebiete der Unfallversicherung ist, soweit es sich nicht um Unternehmer oder Betriebsbeamte handelt, Voraussetzung der Versicherungspflicht der Erntehelfer, daß sie als „Arbeiter" beschäftigt werden. Als Arbeiter in diesem Sinne sind aber von den Spruchbehörden nur Personen angesehen worden, die berufsmäßig ihre körperliche Arbeitskraft im Dienste anderer verwerten. Zu diesen werden freiwillige Erntehelfer, die sonst nicht dem Arbeiterstand angehören, in der Regel nur dann gerechnet werden können, wenn sie, vielleicht infolge des durch den Krieg herbeigeführten Mangels an einer ihrer Ausbildung entsprechenden Erwerbsmöglichkeit des Verdienstes halber Erntearbeiten verrichten. Die Gewährung eines Barlohns oder eines sonstigen Entgelts bildet an sich keine Voraussetzung der Versicherungspflicht.

Von der Invalidenversicherung sind gemäß § 1227 RVO. Erntehelfer befreit, denen als Entgelt für ihre Arbeit nur freier Unterhalt gewährt wird.

Ausstellung von Ausweisungen für die Vorstände der Versicherungsträger (§ 6 Abs. 2 RVO.).

Bescheid des **Reichsversicherungsamts** v. 24. September 1912.

In § 6 Abs. 2 RVO. sind für die Vorstände der Versicherungsträger Bescheinigungen über ihre Zusammensetzung und den Umfang ihrer Vertretungsmacht für den Bedarfsfall vorgesehen. Die Vorstände der Landesversicherungsanstalten benötigen, da sie die Eigenschaft öffentlicher Behörden haben (§ 1343 Satz 1) solcher Bescheinigungen regelmäßig nicht. Die Vorschrift des § 6 Abs. 2, hat in der Hauptsache nur für die Vorstände der Versicherungsträger der Krankenversicherung und Unfallversicherung Bedeutung. Für sie bestanden schon bisher ähnliche Vorschriften (vgl. § 35 KVG., § 42 Abs. 3 GUVG.), während solche weder im Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz noch im Invalidenversicherungsgesetz für die Vorstände der Landesversicherungsanstalten enthalten waren. Diese Versicherungsträger halten denn auch in ihren Aeußerungen auf ein vom Reichsversicherungsamt erlassenes Rundschreiben fast ausnahmslos die Ausstellung einer Bescheinigung nicht für erforderlich.

Dazu kommt, daß durch eine allgemeine Bescheinigung der von dem Vorstand erstrebte Zweck voraussichtlich nicht erreicht würde. Denn wenn überhaupt einmal ein Ausweis vom Vorstand verlangt werden sollte, würde nur eine neuere Bescheinigung ausreichen. Nicht aber könnte eine solche genügen, nach deren Ausstellung ein längerer Zeitraum verflossen ist, innerhalb dessen die Zusammensetzung des Vorstandes oder die Satzung sich geändert haben kann. Die Bescheinigung wäre auch nach jeder Aenderung in der Zusammensetzung des Vorstandes und nach jeder sie berührenden Satzungsänderung zu berichtigen. Sollte der Vorstand einmal eines Ausweises bedürfen, so wird sie ihm für den alsdann näher zu bezeichnenden Fall ausgestellt werden.

Bedeutung der „Fristwahl" für die Ausübung des Stimmrechts.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** v. 13. Juni 1914.

Die Wahl zum Vorstand der Allgemeinen Ortskrankenkasse R. war auf den 19. Dezember 1913 nachmittags 4½ Uhr anberaumt worden. Die Wahlhandlung leitete nach § 23 Satz 2, § 1 Abs. 2 der Wahlordnung der Kasse ein Vertreter des Versicherungsamts. Wahlausschüsse nach § 26 Abs. 2, § 11 Abs. 2 ff. der Wahlordnung wurden nicht gebildet. Als die Wahlurne zur Feststellung des Wahlergebnisses umgeschüttet, die Wahlumschläge aber noch nicht geöffnet waren, erschien das Ausschußmitglied Töpfermeister M., um seine Stimme abzugeben. Sein Stimmzettel wurde von dem Wahlleiter noch entgegengenommen. Für die Gruppe der Arbeitgeber waren zwei Wahlvorschläge aufgestellt worden. Auf Vorschlag I entfielen 2, auf Vorschlag II 7 Stimmen, während 3 Vertreter der Arbeitgeber zu wählen waren. Das Versicherungsamt erklärte hierauf die in dem Vorschlag II benannten ersten drei Bewerber für gewählt. Dagegen erhob das in Vorschlag I als Bewerber mitaufgeführte Ausschußmitglied Schlossermeister T. rechtzeitig Einspruch beim Versicherungsamt. Er machte geltend, daß der Stimmzettel des M. nicht mehr hätte entgegengenommen werden dürfen, da die Wahlhandlung schon geschlossen gewesen sei.

Das Versicherungsamt wies den Einspruch zurück, weil M. seinen Stimmzettel noch rechtzeitig abgegeben habe.

Hiergegen legte T. Beschwerde beim Oberversicherungsamt ein. Er rügte auch, daß entgegen den Bestimmungen der Wahlordnung kein Wahlausschuß gebildet worden sei.

Das Oberversicherungsamt erklärte die Wahl der Vertreter der Arbeitgeber durch Entscheidung vom 23. Februar 1914 für ungültig, und das Reichsversicherungsamt wies die weitere Beschwerde des Kassenvorstandes zurück.

Wie das Oberversicherungsamt zutreffend annimmt, entspricht die Anberaumung der Wahlhandlung nicht den Bestimmungen der Wahlordnung. Nach § 24 der Wahlordnung muß das Ausschreiben für die Vorstandswahl unter anderem die in § 4 a. a. O. bezeichneten Hinweise enthalten. Nach § 4 ist aber Beginn und Ende der Wahl bekannt zu machen. Die Wahl hätte somit nicht als sogenannte Terminswahl lediglich auf einen bestimmten Zeitpunkt, sondern als Fristwahl auf einen nach Anfang und Ende begrenzten Zeitraum festgesetzt werden müssen. Das ist auch von Bedeutung für die Ausübung des Stimmrechts. Nach § 14 der Wahlordnung hat der Wahlausschuß die Wahl zur bestimmten Stunde zu schließen, alsdann dürfen nur noch die zu dieser Zeit im Wahlraum anwesenden Wähler ihr Wahlrecht ausüben.

Digitized by Google

Die Bestimmung des § 26 Abs. 1. a. a. O., wonach in einer Ausschußsitzung zu wählen war, entband den Wahlleiter nicht von der Verpflichtung aus §§ 24, 4 a. a. O., die Wahl als Friſtwahl in dem bezeichneten Sinne während einer Ausschußsitzung stattfinden zu lassen.

Der hiernach dem Wahlverfahren anhaftende wesentliche Mangel hätte geheilt werden können, wenn die Wahlberechtigten in sonst gültiger Weise zur Stimmabgabe zugelassen worden wären. Dies ist aber hinsichtlich des M. nicht geschehen. Er hat seinen Stimmzettel erst überreicht, nachdem die Wahlurne umgeschüttet war. Das bildete die erste Handlung zur Feststellung des Wahlergebnisses, wenn auch die Umschläge, welche die Stimmzettel enthielten, noch nicht geöffnet waren. Die Wahl war demnach, als M. seinen Stimmzettel abgab, tatsächlich schon geschlossen, mochte dies auch von dem Wahlleiter nicht ausdrücklich verkündet worden sein. Unerheblich ist dabei, ob M. schon um 4½ Uhr im Wahlraum anwesend war. Das hier geübte Verfahren bot keine ausreichende Gewähr dafür, daß das Wahlgeheimnis hinsichtlich der Abstimmung des M. gewahrt wurde. Denn es bestand die Möglichkeit, daß der den Stimmzettel des Genannten enthaltende Umschlag gegenüber den anderen Umschlägen erkennbar blieb. Um dies zu vermeiden, hätten die aus der Urne schon entnommenen Umschläge nebst den Stimmzetteln wieder in die Urne gelegt, der von M. abgegebene Umschlag mit seinem Stimmzettel hinzugefügt, die Stimmzettel durcheinander geschüttelt und alsdann hätte weiter nach §§ 14 ff. der Wahlordnung verfahren werden müssen. Das ist unterblieben und somit die Stimme des M. ungültig.

Nach den Angaben des Vorstandes hat M. erklärt, für Wahlvorschlag II gestimmt zu haben. Diese Erklärung ist aber nicht beachtlich, da die Stimmabgabe, wie bemerkt, geheim ist. Demnach kommt die Stimme des M. für keinen der Wahlvorschläge in Betracht. Wird sie von der Zahl der auf Vorschlag I enthaltenen Stimmen abgerechnet, so ändert sich nach der zutreffenden Feststellung des Oberversicherungsamts das Wahlergebnis nicht. Wird sie von der Zahl der Stimmen für Vorschlag II abgezogen, so ergeben sich unter Anwendung des § 17 Abs. 1 der Wahlordnung bei Teilung der den Vorschlägen dann zuzurechnenden Gesamtstimmenzahlen von 2 und 6 durch die Zahlen 1, 2, 3 für Vorschlag I die Höchstzahlen 2, 1, ²/₃, für Vorschlag II die Höchstzahlen 6, 3, 2. Da die Zahl 2 auf beide Vorschläge zugleich entfiele, hätte nach § 17 Abs. 1 Satz 3 der Wahlordnung zwischen dem auf Vorschlag I an erster Stelle und dem auf Vorschlag II unter Nr. 3 bezeichneten Bewerber das Los entscheiden müssen. Weil hiernach das Wahlergebnis durch die Zulassung der Stimme des M. beeinflußt sein kann, hat das Oberversicherungsamt die Wahl der Vertreter der Arbeitgeber mit Recht für ungültig erklärt. Die weitere Beschwerde war daher zurückzuweisen, ohne daß es einer Erörterung der Frage bedurfte, ob nach § 26 Abs. 2, § 11 der Wahlordnung ein Wahlausschuß zu bilden war.

Unterzeichnung der Wahlvorschlagslisten.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Dresden** vom 1. November 1913.

Eine Vorschlagsliste für die Wahlen zum Ausschuß der Krankenkasse war nicht eigenhändig unterschrieben; da in der zur nachträglichen Unterschrift gegebenen dreitägigen Frist die Unterschrift nicht zu erlangen war, erklärte sich ein anderer Wähler innerhalb dieser Zeit bereit, die Liste mit zu unterschreiben. Das Versicherungsamt wies die angebotene Unterschrift zurück. Auf Beschwerde erklärte das Oberversicherungsamt die Wahlen mit folgender Begründung für ungiltig:

Das Versicherungsamt vertritt den Standpunkt, daß, da R. auf dem Wahlvorschlage als Unterzeichner in Aussicht genommen gewesen sei, die fehlende Unterschrift auch nur von ihm hätte abgegeben werden dürfen, und daß, da die Wahlvorschläge bis zum 4. Oktober beim Versicherungsamte hätten eingehen müssen, nach diesem Zeitpunkte eine Aenderung der als Vertreter des Wahlvorschlages angegebenen Personen nicht mehr zulässig gewesen sei.

Diese Auffassung läßt sich jedoch nicht rechtfertigen. Der Vertreter des Wahlvorschlages, der für die Beseitigung aller Anstände zu sorgen hat, ist bei Beschaffung der nach § 7 Abs. 2 der Wahlordnung erforderlichen Unterschriften von 10 Wahlberechtigten nicht an diejenigen Personen gebunden, die hierzu zunächst ausersehen waren. Die Aufzählung solcher Personen auf dem Wahlvorschlage ist, da die Wahlordnung die eigenhändige Unterschrift verlangt, bedeutungslos, steht also dem Falle gleich, daß eine Aufzählung überhaupt unterblieben ist. Will oder kann eine der in Aussicht genommenen Personen die Unterschrift nicht leisten, so darf die fehlende Unterschrift von jedem anderen Wahlberechtigten nachgeholt werden. Eine Beschränkung in dieser Richtung kennt die Wahlordnung nicht. Das Versicherungsamt hat somit den Arbeiter U. an der Erfüllung einer Vorschrift der Wahlordnung in unzulässiger Weise gehindert.

Da der Wahlvorschlag giltig gewesen wäre, wenn U. am 13. Oktober unterschrieben hätte, ist die Entscheidung des Versicherungsamts, daß nur ein giltiger Wahlvorschlag der Versicherten innerhalb der festgesetzten Frist eingegangen sei, nicht zutreffend.

Digitized by Google

B. Zur Krankenversicherung.

Beschwerderecht nach § 350 RVO.

Entscheidung des Oberversicherungsamts Hamburg vom 8. September 1914.

K. No. 30/1914. G. B. No. 176/14 K.

Gbg. Laut Beschluß des Vorstandes der Allgemeinen Ortskrankenkasse Hamburg vom 5. Juni 1914 sollte ein stellvertretender Kassierer angestellt werden. In der Vorstandssitzung vom 19. Juni 1914 wurden aus den zur Verfügung stehenden Bewerbern der Büroassistent F. und der Kassenbeamte L. ausgewählt, doch war weder damals, noch in der erneut anberaumten Vorstandssitzung vom 25. Juni 1914 über die Anstellung ein übereinstimmender Beschluß beider Gruppen im Vorstande zu erzielen. Nunmehr beantragte die Allgemeine Ortskrankenkasse Hamburg auf Grund des § 92 Absatz 3 der Satzung bei dem Versicherungsamt wegen Ernennung eines stellvertretenden Kassierers das Erforderliche anordnen zu wollen. Daraufhin hat das Versicherungsamt durch Anordnung vom 29. Juni 1914 auf Grund des § 350 RVO. den Büroassistenten F. widerruflich zum stellvertretenden Kassierer bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse Hamburg bestellt. Hiergegen haben fünf Vertreter der Versicherten im Vorstande der Kasse fristgerecht Beschwerde beim Oberversicherungsamt erhoben mit dem Antrage, die Bestellung des Büroassistenten F. zum stellvertretenden Kassierer aufheben zu wollen. Diese Beschwerde wurde jedoch zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Das Oberversicherungsamt erschien für die vorliegende Sache zuständig. Nach § 1792 RVO. ist gegen die Entscheidung des Versicherungsamtes in erster Instanz, soweit dieses Gesetz nichts anderes bestimmt, Beschwerde an das Oberversicherungsamt zulässig. Unter Entscheidungen des Versicherungsamtes sind auch Anordnungen zu verstehen. Indes erschien die Beschwerde nicht zulässig. Nach der grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversicherungsamtes Ziffer 1845, Amtliche Nachrichten 1914 S. 515, wird, da nach § 1795 RVO. die Anhörung der Beteiligten vorgeschrieben ist, ein solches Beschwerderecht auch nur diesen zugestanden werden können. Nach § 79 der Satzung der Allgemeinen Ortskrankenkasse Hamburg hat der Vorstand die gesamte Verwaltung der Kassenangelegenheiten wahrzunehmen. Zu dieser Vertretung der Kasseninteressen aber gehört nach Auffassung des Oberversicherungsamtes auch die Entschließung darüber, ob gegen eine die Interessen der Kasse betreffende Anordnung des Versicherungsamtes Beschwerde einzulegen ist. Es würde zu nicht absehbaren Weiterungen führen, wenn es den einzelnen Vorstandsmitgliedern gestattet sein sollte, in dem durch § 350 RVO. vorgesehenen Verfahren ihre eigenen Wünsche zur Geltung zu bringen. Der § 80 der Satzung kann nicht herangezogen werden, da es sich hier nicht um eine gerichtliche oder außergerichtliche Vertretung der Kasse handelt, ganz abgesehen davon, daß die Beschwerde nicht von dem Vorsitzenden in Gemeinschaft mit einem zweiten Vorstandsmitglied eingelegt worden ist. Ein gültiger Vorstandsbeschluß über die Einlegung der Beschwerde liegt aber nicht vor, wenngleich fünf Mitglieder des Vorstandes das Rechtsmittel unterschrieben haben. Es hätte über die Frage, ob Beschwerde einzulegen war, ein ordnungsmäßiger, den Bestimmungen der Satzung entsprechender Beschluß herbeigeführt werden müssen und nur auf Grund eines solchen konnte rechtswirksam die Beschwerde eingelegt werden. Stellte sich diese Beschwerde aber als unzulässig dar, so brauchte das nähere nicht geprüft zu werden, ob sie begründet ist oder nicht.

Anmerkung: Zu vergl. gegen die erwähnte hier S. 527 abgedruckte Entsch. des RVA.: Hoch in Nr. 28 S. 657 ff.

Für Versicherungspflichtige, die nachträglich gemäß § 171 RVO. befreit werden, sind Beiträge bis zur Abmeldung zu entrichten.

Entscheidung des Oberversicherungsamts Osnabrück vom 19. August 1914.

Die an den Bischöflichen Lehranstalten der Ursulinen beschäftigten Lehrpersonen sind zur Allgemeinen Ortskrankenkasse angemeldet worden. Demnächst hat der Bischöfliche Stuhl durch Urkunde v. 29. Januar 1914 jenen Personen gegenüber rückwirkend v. 1. Januar 1914 an, die Krankenkassenleistungen übernommen, worauf durch Erlaß des Provinzial-Schulkollegiums v. 3. März 1914 jene Personen für versicherungsfrei erklärt worden sind (§ 171 mit § 165 RVO.). Gleichwohl forderte die Krankenkasse die Beiträge noch weiter bis zur Abmeldung der bisher Versicherungspflichtigen. Auf Anrufen des Bischöflichen Stuhls entschied das Versicherungsamt im Sinne der Kasse. In der hiergegen erhobenen Beschwerde des Bischöflichen Stuhls, vertreten durch das Kapitularvikariat, wurde beantragt, zu erkennen, daß die Beiträge vom 30. Januar, oder mindestens vom 3. März 1914 ab nicht mehr zu entrichten seien. Das Oberversicherungsamt wies die Beschwerde zurück aus folgenden Gründen:

Zunächst konnte dem Antrage, den 30. Januar 1914 als maßgebenden Termin festzusetzen, schon aus dem Grunde nicht entsprochen werden, weil er mit den Bestimmungen des § 171 RVO. nicht vereinbar war. Ebenso wenig war die Bezugnahme auf § 175 begründet, da dieser Paragraph nur die Fälle der §§ 173, 174 betrifft und sich ausdrücklich auf den Eingang der Anträge bei dem Kassenvorstande bezieht. Unbestritten steht fest, daß die fraglichen Personen, der Versicherungspflicht kraft Gesetzes unterliegen. Ihre Befreiung konnte daher erst durch die Abmeldung bei der Ortskrankenkasse rechtswirksam werden. Denn die im § 317 RVO. angeordneten Meldungen sind Zwangsvorschriften.

Digitized by Google

Die Abmeldung ist daher auch bei solchen Personen erforderlich die infolge ihres Beschäftigungsverhältnisses der Versicherungspflicht unterliegen und bei denen während desselben die Voraussetzungen der Versicherungsfreiheit nach § 171 eintreten (zu vgl. Handb. der KrVers. von Hahn, Anm. 1d zu § 317 und Entsch. des Reichsgerichts, 7. Zivilsenat, v. 20. November 1903, ArbVers. 1904 S. 429 ff.). Wenn auch die Abmeldung auf den Bestand der Versicherung ohne Einfluß bleibt, so ist ihr doch nach dem klaren Wortlaut des Abs. 1 des § 397 eine maßgebende Bedeutung für die Beitragspflicht eingeräumt. Diese erlischt hiernach erst mit der vorschriftsmäßigen Abmeldung und nicht schon mit dem Wegfall der die Versicherungspflicht begründenden Tatumstände (zu vgl. Anm. 4 zu § 397 im Kommentar v. Hoffmann, Anm. 1 zu § 397 im Handb. der KrVers. v. Hahn und die vorgenannte Entsch. des Reichsgerichts).

Die aushelfende Kasse, die zunächst den Pauschbetrag aus § 57a Abs. 4 KVG. gefordert und gezahlt erhalten hat, darf einen Mehrbetrag nachfordern.

Entscheidung des Thüringischen Oberverwaltungsgerichts in Jena vom 21. Juli 1914.

Eine um Aushilfe nach § 57a KVG. ersuchte Krankenkasse hatte als Ersatz der Leistungen an Krankenpflege (§ 6 Abs. 1 Ziff. 1 KVG.) das halbe Krankengeld berechnet und von der ersuchenden Kasse gezahlt erhalten. Später wies sie nach, daß ihr höhere Aufwendungen für jene Leistungen entstanden waren, und forderte nachträglich den Mehrbetrag. Die ersuchende Kasse lehnte die Zahlung ab mit der Begründung, daß sich aus § 57a Abs. 4 KVG. ein Wahlrecht der ersatzberechtigten Kasse zwischen Pauschalersatz und Ersatz der nachweislich erwachsenen Auslagen ergebe, daß durch die Berechnung des Pauschbetrages dies Wahlrecht ausgeübt und durch die Bezahlung dieses Betrages die Verbindlichkeit der ersuchenden Kasse erloschen sei (§§ 263, 362 BGB.).

Das von der ersuchten Kasse angerufene Bezirksverwaltungsgericht teilte diese Auffassung und wies die Klage ab. Diese Entscheidung wurde jedoch vom Landesverwaltungsgericht aufgehoben und die ersuchende Kasse zur Zahlung des Mehrbetrages verurteilt. Die hiergegen eingelegte Revision wurde zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Die Revisionsklägerin bestreitet zu Unrecht die Befugnis des auf Grund des § 57a KVG. ersatzberechtigten Krankenkasse, den Ersatz der ihr tatsächlich entstandenen Aufwendungen für die im § 6 Abs. 1 Ziff. 1 bezeichneten Leistungen nachträglich zu fordern, nachdem sie zunächst nur das hälftige Krankengeld in Anspruch genommen hat. Es kann dahin gestellt bleiben, ob die Vorschriften des BGB. auf Rechtsverhältnisse, die nicht im Privatrecht ihre Grundlage haben, überhaupt, wenn auch nur analog, anzuwenden sind. Selbst wenn man diese Frage unbedingt bejaht, ist die Berufung der Revisionsklägerin auf §§ 263, 362 a. a. O. unzutreffend. Sie würde ein Schuldverhältnis in der Weise voraussetzen, daß mehrere Leistungen geschuldet würden, von denen aber nur entweder die eine oder die andere zu bewirken wäre. So ist indessen das Schuldverhältnis, das durch § 57a KVG. zwischen den beteiligten Krankenkassen begründet wird, nicht aufzufassen. Grundsätzlich hat die überweisende Krankenkasse der unterstützenden vollen Ersatz der ihr erwachsenden Kosten zu leisten. Dieser Grundsatz, der vorher immerhin hinsichtlich der Leistungen nach § 6 Abs. 1 a. a. O. eine Einschränkung erfahren hatte, ist jedenfalls durch das Gesetz vom 25. Mai 1903, RGBl. S. 233, das hier Anwendung zu finden hat, zur uneingeschränkten Durchführung gekommen. Der Anspruch der erstattungsberechtigten Kasse geht daher grundsätzlich immer auf den Ersatz aller ihrer Aufwendungen; erst wenn dieser geleistet ist, ist das Rechtsverhältnis, das durch die Ueberweisung des Kranken begründet ist, erledigt. Nicht den Bestand, sondern die Durchführung des Anspruchs betrifft die Vorschrift, daß unter Umständen das hälftige Krankengeld als Ersatz der Aufwendungen für Leistungen nach § 6 Abs. 1 Ziff. 1 a. a. O. gelten solle. Sie soll der ersatzberechtigten Kasse die Verfolgung ihrer Ansprüche ermöglichen, und ihr den Ersatz eines Mindestbetrages sichern selbst in dem Fall, daß ihr ein zahlenmäßiger Nachweis ihrer Aufwendungen aus irgend welchen Gründen nicht möglich ist.

Fordert eine ersatzberechtigte Krankenkasse als Ersatz der mehrfach bezeichneten Leistungen das hälftige Krankengeld, so kann zunächst hierin nichts anderes gefunden werden, als die Erklärung, daß sie weitergehende Aufwendungen nicht nachweisen können oder wollen. Es kann ihr aber, auch wenn sie in dieser Beziehung einen Vorbehalt nicht stellt, der spätere Nachweis nicht abgestritten werden, daß tatsächlich ihre Aufwendungen größere gewesen seien, und der Grundsatz, daß die tatsächlich erwachsenen Kosten zu ersetzen sind, muß dazu führen, auch hinsichtlich der später nachgewiesenen Ausgaben die Erstattungspflicht der überweisenden Krankenkasse anzuerkennen.

Wenn dagegen die Revisionsklägerin auf die hieraus sich ergebende Unsicherheit der Rechnungsführung der Krankenkassen hinweist, so ist dem entgegenzuhalten, daß die Rechnungsführung sich den Schuldverhältnissen, nicht aber die Schuldverhältnisse sich der Rechnungsführung anzupassen haben. Im übrigen ist es allerdings richtig, daß dann die überweisenden Krankenkassen Nachforderungen während der 30jährigen Verjährungszeit (Reger III Erg.Bd. S. 313, Arb.-Vers. 1914 S. 663) ausgesetzt sind. Wenn aber die Hauptforderung selbst in diesem ganzen Zeitraum geltend gemacht werden kann, so ist nicht einzu-

Digitized by Google

sehen, warum nicht auch ein Teil derselben nachträglich erhoben werden kann, und warum gerade die zunächst vorhandene Beschränkung auf das hälftige Krankengeld einen besonderen Einfluß auf die Zulässigkeit der Nachforderung ausüben soll.

Die praktische Bedeutung der Nachforderungsmöglichkeit wird im übrigen nur sehr gering sein, da Fälle wie der vorliegende im allgemeinen selten sein werden. Auch die Tatsache, daß damit der ersatzberechtigten Kasse die Möglichkeit eröffnet wird, denselben Anspruch in mehreren Teilen zu verfolgen und damit die Arbeit der verpflichteten Kasse zu erhöhen, kann der geringen praktischen Bedeutung wegen nicht ausschlaggebend sein, ganz abgesehen davon, daß die Möglichkeit, ein Recht zu mißbrauchen, nicht dazu führen kann, das Bestehen des Rechtes selber zu verneinen. Etwas ganz anderes ist es, wenn im Weg einer Gesetzesänderung dieses Recht beseitigt wird; damit ist für die Zukunft die Frage gelöst. Aber die Revisionsklägerin irrt, wenn sie annimmt, daß die Reichsversicherungsordnung zu der hier allein streitigen Frage der Zulässigkeit von Nachforderungen Stellung nehme. Sie kehrt grundsätzlich zu dem früheren Recht der Pauschalabfindung zurück, und kann deshalb für die Auslegung der hier streitigen gesetzlichen Bestimmung überhaupt kein Material bieten.

Es hätte vielleicht in Frage kommen können, ob nicht in der Forderung des hälftigen Krankengeldes ein Verzicht auf weitergehende Ersatzansprüche zu erblicken sei. Das Oberverwaltungsgericht hat das aber verneint. Ein Verzicht kann nicht vermutet werden; der Verzichtwille muß deutlich zum Ausdruck kommen. Davon kann im gegebenen Falle um so weniger die Rede sein, als die beklagte Krankenkasse überhaupt erst nach Feststellung ihrer ursprünglichen Forderung Kenntnis davon erhalten hat, daß ihre eigenen Aufwendungen den Pauschalbetrag überstiegen.

Hiernach mußte das Oberverwaltungsgericht sich der Stellungnahme der Vorinstanzen anschließen.

Anmerkung der Schriftleitung: Da die RVO. für den Ersatzanspruch der ersuchten Kasse, soweit es sich um die Kosten der Krankenpflege handelt, drei Achtel des Grundlohns als Ersatz bestimmt, ohne den Nachweis höherer Aufwendungen zuzulassen (§ 222), so könnte es scheinen, als ob die Entscheidung des Thüringischen Oberverwaltungsgerichts unter der Herrschaft des neuen Rechts keine Bedeutung beanspruchen könne. Demgegenüber weist der Einsender mit Recht darauf hin, daß eine entsprechende Regelung, wie sie nach § 57a Abs. 4 KVG. galt, auch in der RVO. vorkommt, nämlich bei Ersatzansprüchen der Krankenkassen gegen Träger der Unfallversicherung nach § 1514 Abs. 2 RVO. Gleiches gilt auch für den Ersatzanspruch einer Krankenkasse gegen eine Versicherungsanstalt nach § 1519 Abs. 3. In diesen Fällen wird entsprechend zu urteilen sein, wie nach der vorstehenden Entscheidung des Thüringischen Oberverwaltungsgerichts. Wir halten diese Entscheidung für richtig.

Kassenbeiträge für volle Wochen.

Entscheidung des **Versicherungsamts Hamburg** vom 22. Juni 1914.

Der bei dem Antragsteller beschäftigte und auf Grund dieser Beschäftigung bei der Ortskrankenkasse der Buchbinder versicherte Bote S. war von Montag, den 2. bis Sonnabend, den 7. Februar nach der Bescheinigung des Kassenarztes arbeitsunfähig krank. Da der Bote also nicht während der ganzen, volle 7 Tage, von Montag bis Sonntag, umfassenden Beitragswoche arbeitsunfähig war, hat die Kasse, sich auf § 43 der Satzung berufend, nach den der Beitrag nur für volle Kalenderwochen erhoben wird, den Beitrag für die Krankheitswoche mit 1,40 M. erhoben. Dazu glaubt der Arbeitgeber die Kasse nicht berechtigt, weil der letzte Tag der Woche ein Sonntag war, an dem in seinem Gewerbe nicht gearbeitet werden dürfe, so daß der Bote gar nicht hätte arbeiten können. Er hat daher beantragt, der Kasse die Rückzahlung des Beitrages für diese Woche mit 1,40 M. aufzuerlegen.

Die Kasse verweigert die Rückzahlung und hat um Abweisung des Antrages gebeten. Dem hat das Versicherungsamt entsprochen aus folgenden Gründen:

Die Auffassung des Antragstellers, daß der Sonntag als gesetzlicher Ruhetag die Verpflichtung zur Zahlung des Wochenbeitrages nicht begründen könne, ist irrig. Wenn eine Kassensatzung auf Grund § 397 Abs. 4 RVO. bestimmt, daß die Beiträge stets für volle Wochen erhoben werden, so hat das die Bedeutung, daß ein voller Wochenbeitrag auch für einzelne Tage der Woche erhoben wird, für welche an sich die Beitragspflicht begründet ist. Die Beitragspflicht ruht auch nicht an Sonn- und Feiertagen oder an anderen Tagen, an denen nicht gearbeitet wird, sondern die Beiträge sind grundsätzlich während der ganzen Dauer des Beschäftigungsverhältnisses zu entrichten; denn die Kasse hat auch für Erkrankungsfälle einzutreten, die an Feier- und Ruhetagen entstehen, ebenso wie die Kasse auch für Sonn- und Feiertage Krankenhilfe oder wenigstens Krankenpflege gewährt. Selbst wenn eine Kasse die Beiträge für die einzelnen Tage berechnet und erhebt, so sind doch nach Ansicht des Versicherungsamts auch für die Sonn- und Feiertage, an denen die Arbeit ruht, das Beschäftigungsverhältnis und damit das Versicherungsverhältnis aber fortdauert, Beiträge zu erheben, da es im Wesen der Versicherung liegt, daß grundsätzlich während der ganzen Dauer des Versicherungsverhältnisses und für jeden Zeitabschnitt, in den es besteht, auch Beiträge zu leisten sind. Dieser Grundsatz gilt nicht nur für die private, sondern auch für die öffentliche Versicherung. Der § 384 Abs. 3 RVO. widerspricht dem nicht, wie vielfach angenommen wird. Denn die Möglichkeit und Befugnis der Kassen, für Mitglieder, für welche die Sonn- und Feiertage Arbeitstage sind, die Beiträge zu erhöhen,

Digitized by Google

wenn die Kasse das Krankengeld nicht allgemein für Sonn- und Feiertage zahlt, besteht lediglich aus dem Grunde, weil die Mitglieder, welche an Sonn- und Feiertagen regelmäßig arbeiten, nach § 182 Nr. 2 RVO. Krankengeld auch an Sonn- und Feiertagen erhalten und die Kasse daher mehr belasten als die übrigen Mitglieder. Eine solche Beitragserhöhung ist nicht als ein Zusatzbeitrag für die Einbeziehung der Sonn- und Feiertage in die Versicherung anzusehen, sondern als ein Zuschlag für die Mehrbelastung der Kasse lediglich aus der Krankengeldzahlung für Sonn- und Feiertage, da im übrigen die Versicherung und der Anspruch auf die anderen Versicherungsleistungen für jedes Mitglied auch an Sonn- und Feiertagen besteht. Die Verpflichtung zur Entrichtung des ordentlichen allgemeinen Beitrages auch für Sonn- und Feiertage wird daher durch die Sondervorschrift des § 384 Abs. 3 nicht im mindesten berührt*).

Da das Beschäftigungsverhältnis am Sonntag, den 3. Februar noch bestand, so war daher für diesen Tag der Versicherung der ordentliche und stets nur für eine volle Woche erhobene Versicherungsbeitrag zu zahlen, ohne Rücksicht darauf, ob der Beschäftigte an diesem Tage nicht arbeitete oder nach gesetzlicher Bestimmung (§ 105 b ff. GO.) nicht arbeiten durfte.

Aus diesen Erwägungen ergibt sich auch, daß es ohne Bedeutung sein muß, daß die Beitragspflicht für die übrigen Tage der Woche deshalb nicht bestand, weil nach § 383 Abs. 1 für die Dauer des Krankengeldbezuges keine Beiträge zu entrichten sind. Denn wenn die Erhebung eines vollen Wochenbeitrages nach § 397 Abs. 4 zulässig ist ohne Rücksicht darauf, ob das Versicherungsverhältnis die ganze Woche hindurch bestanden hat, so ist nicht einzusehen, weshalb nicht das gleiche in den Fällen gelten soll, in welchen das Versicherungsverhältnis und die Mitgliedschaft fortbesteht, aber nach § 383 RVO. die Beitragspflicht während der Tage der Arbeitsunfähigkeit mit Krankengeld ruht. Der § 383 steht nach Ansicht des Versicherungsamts zu § 397 Abs. 4 nicht in dem Verhältnis einer Ausnahme von der Regel, sondern stellt nur eine Ausnahme von dem Grundsatz dar, daß während der ganzen Dauer des Versicherungsverhältnisses, das nach § 311 fortbesteht, Versicherungsbeiträge zu entrichten sind. Die Art der Beitragszahlung nach einzelnen Tagen oder nach Wochen gemäß § 397 Abs. 4 hat mit der Befreiung von der Beitragspflicht nach § 383 nichts zu schaffen. Ob die Beitragspflicht für einen Zeitraum infolge mit Arbeitsunfähigkeit verbundener Krankheit bei Fortdauer der Mitgliedschaft wegfällt oder ob sie aus anderen Gründen infolge Erlöschens oder Unterbrechung der Mitgliedschaft aufhört, ist für die Regelung der Beitragszahlung gemäß § 397 Abs. 4 ohne Bedeutung. Es wäre ganz unverständlich, wenn das Gesetz, das die Rechte aus der Versicherung während der Zeiten der Erwerbsunfähigkeit und des Bezuges der Kassenleistungen ohne Gegenleistung erhalten will, nach Wegfall der Erwerbsunfähigkeit und damit des Grundes für die Beitragsbefreiung die Versicherten und deren Arbeitgeber anders behandeln sollte als solche, die aus anderen Gründen nicht beitragspflichtig waren, insbesondere weil ein Arbeits- und Versicherungsverhältnis infolge von Arbeitslosigkeit nicht mehr oder noch nicht bestand. Ist es nach dem Gesetz zulässig, für einen Arbeiter, der im Anfang der Woche arbeitslos war und erst am letzten Tage der Woche Beschäftigung erhielt, den Beitrag für die ganze Woche zu erheben, so muß es auch statthaft sein, für Mitglieder der Kasse, deren Tätigkeit durch die Krankheit nur unterbrochen war, und die nach wiedererlangter Arbeitsfähigkeit ihre Beschäftigung im Laufe der Woche wieder aufnehmen, ebenfalls den vollen Wochenbeitrag zu berechnen.**) Das muß um so mehr gelten, wenn — wie hier — das Beschäftigungsverhältnis während einer kurzfristigen Krankheit fortbestand und mit Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigte noch vor Ablauf der Woche wieder zur Verfügung seines Arbeitgebers stand. Wenn hier auch der letzte Tag der Woche ein Sonntag war, so stand doch der Beschäftigte an diesem Tage wieder zur Verfügung des Antragstellers, da er wieder arbeitsfähig war und zur Arbeit hätte herangezogen werden können, soweit solche am Sonntage nach der Gewerbeordnung erlaubt war. Da es sich um einen Buchhändler und einen im Handelsgewerbe beschäftigten Boten handelt, so wäre die Sonntagsarbeit auch für mindestens drei Stunden ohne weiteres möglich gewesen. Das Versicherungsamt hält daher die Erhebung und Zahlung des vollen Wochenbeitrages für satzungs- und gesetzmäßig.

*) Vgl. Hahn in ArbVers. 1914 S. 153 ff. gegen die Entsch. des RVA. 1788 Amtl Nachr. 1913 S. 829.

**) Vgl. Hahn in ArbVers. 1914 S. 140 1913 S. 830, ArbVers. 1914 S. 139.

Begriff der Arbeitsfähigkeit.

Entscheidung des **Versicherungsamts Altona** vom 24. August 1914. (BA. Pr. L. 106/14.)

Der Bäckergeselle G. zog sich Ende Juni 1914 eine Geschlechtskrankheit zu, infolgedessen er als Mitglied der Innungskrankenkasse der Bäckerzwangsinnung in Altona kassenärztliche Hilfe in Anspruch nahm. Der behandelnde Arzt hielt

Digitized by Google

den G. schon nach einigen Tagen an sich für arbeitsfähig; jedoch im Bäckergewerbe dürfe er nicht beschäftigt werden. Daraufhin wurde G. von seinem Arbeitgeber — der von der Art der Erkrankung inzwischen Kenntnis erhalten hatte — sofort kündigungslos entlassen. Seitens des angerufenen Gewerbegerichts wurde die Entlassung für zulässig erklärt. Da die Krankenkasse nun auch noch das Krankengeld verweigerte, wurde das Versicherungsamt angerufen, welches dann wie folgt entschied:

Der Kläger war seit dem 27. Juni 1914 erwerbsunfähig krank. Am 2. Juli stellte die Kasse die Krankengeldzahlung ein, weil der Kläger nicht mehr arbeitsunfähig sei. Der Kläger behauptet, seine Arbeitsunfähigkeit dauere noch fort und beantragt, die Beklagte zu verurteilen, ihm vom 3. Juli ab das satzungsmäßige Krankengeld von 2,80 M. weiter zu gewähren. Die Beklagte beantragt Klageabweisung. Dem Versicherungsamt haben die Akten des Gewerbegerichts über die Streitsache J. gegen C., dem Arbeitgeber des J. vorgelegen. Das Gewerbegericht hat in dieser Streitsache festgestellt, daß die Kündigung des J. zulässig gewesen ist, weil J., wenn er auch seinen Körperkräften nach der Arbeit gewachsen gewesen ist, doch mit Rücksicht auf die Art der Krankheit (Geschlechtskrankheit) in einem Betriebe des Nahrungsmittelgewerbes nicht beschäftigt werden konnte. Nun enthält das Krankenversicherungsrecht den Grundsatz, daß ein Versicherter nicht erst dann arbeitsunfähig ist, wenn er infolge der Krankheit überhaupt keine Arbeit verrichten kann, sondern schon dann, wenn ihm wegen der Krankheit die Fortsetzung seiner Berufsarbeit unmöglich ist (vgl. Hahn, Handb. der Krankenversicherung S. 218). Nach dem angeführten Urteil war dies noch nach dem 2. Juli 1914 der Fall, und der Kassenarzt Dr. W. hat bestätigt, daß der Kläger nach dem 2. Juli zwar an sich arbeitsfähig gewesen ist, aber gerade im Bäckergewerbe nicht beschäftigt werden konnte. Nach dem ärztlichen Gutachten war die Heilung am 31. Juli 1914 noch nicht eingetreten. Die Kasse muß daher zunächst für diese Zeit das Krankengeld weiter zahlen. Ob der Kläger auch nachher noch arbeitsunfähig gewesen ist, bedarf noch der Prüfung und muß daher einer künftigen Entscheidung vorbehalten werden.

C. Zur Unfallversicherung.

Versicherung der Friedhofsbetriebe.

Bescheid des **Reichsversicherungsamts** vom 5. Juli 1912.

Durch § 917 Abs. 1 RVO. sind allerdings nur die „Friedhofsbetriebe" der landwirtschaftlichen Unfallversicherung unterstellt worden. Dies bedeutet aber nicht, daß lediglich die der Unterhaltung des Friedhofsgeländes, insbesondere der Herstellung der Gräber und der Wartung und Pflege der Friedhofsanlagen, dienenden Tätigkeiten von der Versicherung erfaßt werden; vielmehr ist auch der Kreis derjenigen Tätigkeiten versichert, welche regelmäßig als Teil, Zubehör oder Nebenbetrieb des gesamten, sich als Friedhofsbetrieb darstellenden Unternehmens anzusehen sind. Welche Tätigkeiten im Einzelfalle hierzu gehören, entscheidet, vorbehaltlich der Nachprüfung durch die zuständigen Instanzen, zunächst der Genossenschaftsvorstand.

Was den besonderen Fall anlangt, so erscheint es bei der Vereinigung des gesamten Friedhofs- und Begräbniswesens in der Hand der Stadtgemeinde unbedenklich, die Verrichtungen der Leichenbestatter, der Leichenträger, der Leichenwärter und der Friedhofsaufseher dem Friedhofsbetriebe zuzurechnen. Zweifel könnten im wesentlichen nur bezüglich der Versicherung der Leichenfrauen erhoben werden, deren Tätigkeit sich anscheinend in der Hauptsache außerhalb der Friedhöfe in den Sterbehäusern abspielt. Da indessen diese Tätigkeit ausschließlich für den Beerdigungszweck erfolgt, so neigt das Reichsversicherungsamt, vorbehaltlich der instanziellen Entscheidung im Einzelfalle, der Ansicht zu, daß die Versicherung sich auch auf die Leichenfrauen erstreckt, wenn sie im übrigen dem Friedhofsbetrieb ihres Arbeitgebers und dessen Verwaltungseinrichtungen eingegliedert sind.

Versicherungspflicht und berufsgenossenschaftliche Zugehörigkeit eines Lichtspielbetriebs.

Beschluß des **Reichsversicherungsamts** vom 12. Juli 1912.

Für den Betrieb des in Rede stehenden Lichtspielunternehmens kommen drei Elektromotoren von je einer halben Pferdekraft zum Antrieb der Vorführungseinrichtung und von Luftreinigern sowie ein Elektromotor von 6 bis 8 Pferdekräften bei der Entstaubungsanlage zur ständigen Verwendung. Der elektrische Strom wird von einem anderen Betriebe bezogen. Der Vorführer der Lichtspiele (Operateur) bedient auch die Entstaubungsanlage, und zwar wöchentlich ein- bis zweimal.

Als bloße Einrichtung können die der Vorführung der Lichtspiele und der Luftreinigung

Digitized by Google

dienenden Elektromotoren nicht angesehen werden, denn sie bilden die Grundlage des technischen Gewerbebetriebs und entwickeln nicht nur in ihrer Gesamtheit, sondern auch einzeln eine Kraft, die über dasjenige Maß hinausgeht, welches zur Annahme einer bloßen Einrichtung berechtigt. Ihre Verwendung, von der der Lichtspielbetrieb abhängt, ist ununterbrochen, und mit dem Betriebe dieser Elektromotoren ist eine nicht unerhebliche Unfallgefahr verbunden, besonders insofern, als die Elektromotoren leichtbrennbare Stoffe, die Films, bewegen und der Vorführer der Lichtspiele oder sonst dabei tätige Personen infolgedessen der Gefahr ausgesetzt sind, durch Feuer verletzt zu werden. Daß der Entstaubungsmotor keine bloße Einrichtung ist, ergibt sich ohne weiteres aus seiner Kraftleistung.

Es handelt sich um eine Theaterunternehmung. Solche sind insoweit versicherungspflichtig, als für sie durch elementare Kraft bewegte Triebwerke zur Anwendung kommen. Derartige Triebwerke sind die vorhandenen Elektromotoren. Die Versicherungspflicht erstreckt sich daher jedenfalls auf diejenigen Personen, die in den Motorbetrieben beschäftigt werden. Da die Motoren durch elektrische Kraft getrieben werden und, entsprechend der Eigenart eines solchen Theaterunternehmens, hauptsächlich der elektrischen Beleuchtung dienen, ist die Berufsgenossenschaft der Feinmechanik und Elektrotechnik zur Versicherung zuständig.

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Keine Versicherungspflicht eines Haussohns, der nur Unterhalt und Taschengeld bezieht.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 6. September 1913.

Die Vorentscheidung geht davon aus, daß die Beschäftigung von Kindern im Wirtschaftsbetrieb ihrer Eltern schon dann ein zur Begründung der Versicherung an sich geeignetes Arbeitsverhältnis darstellt, wenn die Eltern durch diese Tätigkeit ihrer Kinder der Notwendigkeit überhoben werden, fremde Hilfskräfte einzustellen. Diese Auffassung ist nicht zutreffend. Es ist vielmehr davon auszugehen, daß nach den deutschen Anschauungen über das Familienleben Eltern und Kinder auf Grund des Familienbandes einander wirtschaftliche Unterstützung leisten, nicht aber in einem auf Leistung und Gegenleistung beruhenden Lohndienstverhältnisse zu einander stehen, wie es im freien Verkehr auf dem allgemeinen Arbeitsmarkte durch Verträge begründet zu werden pflegt. Diese Vermutung kann durch besondere Umstände entkräftet werden. Dazu genügt aber nicht die Feststellung, auf die sich die Vorentscheidung im wesentlichen beschränkt hat, daß Georg Martin H. in der Wirtschaft seines Vaters einen Arbeitsposten ausfüllt, der ohne ihn anderweit besetzt werden müsse (zu vgl. die Anleitung über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen vom 26. April 1912, Amtl. Nachr. des RVA. 1912 S. 720 ff., Ziff. 23 unter c; ferner Revisionsentsch. 1605, Amtl. Nachr. des RVA. 1912 S. 825). Auch die Tatsache, daß Georg Martin H. zur Einkommensteuer herangezogen wird und daß sein Einkommen bei der Einschätzung des Einkommens seines Vaters in Abzug gebracht worden ist, kommt nicht in Betracht. Denn wenn auch nach § 15 Abs. 1 Ziff. 1 des sächs. Einkommensteuergesetzes ein solcher Abzug nur zulässig ist für Ausgaben, die auf Erlangung, Sicherung oder Erhaltung der Einnahmen gerichtet sind, so rechtfertigt dies doch noch nicht den Schluß, daß Georg Martin H. seinem Vater bei Erlangung seines Einkommens als Lohnarbeiter im Sinne des Versicherungsrechts behilflich gewesen ist.... Nach den angestellten Ermittlungen erhält der Genannte von seinem Vater neben freiem Unterhalte nur ein Taschengeld, welches in unregelmäßigen Zwischenräumen je nach Bedarf gezahlt wird und jährlich den Gesamtbetrag von 50 bis 60 M. erreicht. Dieser Betrag kann sowohl nach den Umständen, von denen die Zahlung der Einzelbeträge, aus denen er sich zusammensetzt, abhängig ist, als auch nach den Lebensverhältnissen des Georg Martin H. nicht als Barlohn von selbständiger rechtlicher Bedeutung, sondern nur als nebensächliches Zubehör der Hauptleistung, nämlich der Gewährung des freien Unterhalts, angesehen werden und fällt daher unter § 1227 RVO. (zu vgl. die vorbezeichnete Anleitung Ziff. 20 unter b). Der Umstand, daß Georg Martin H. zur Einkommensteuer herangezogen wird und daß sein Vater berechtigt ist, das Einkommen seines Sohnes in seiner eigenen Steuererklärung von seinem Einkommen abzuziehen, kommt für die Frage, in welcher Höhe Georg Martin H. von seinem Vater Barlohn bezieht, solange nicht in Betracht, als nicht feststeht, in welcher Höhe bei dem für die Besteuerung maßgebenden Einkommen des Georg Martin H. ein Barlohn berücksichtigt worden ist. Aber auch wenn dies feststünde, würde es für die Beurteilung im vorliegenden Falle nicht unbedingt maßgebend sein, sondern nur einen Anhalt bieten. Den Beteiligten würde jedenfalls der Beweis nicht abgeschnitten werden können, daß der für die Besteuerung angenommene Barlohn nicht den tatsächlichen Verhältnissen entspricht. Noch weniger läßt sich im Einzelfalle die Gewährung eines die Anwendung des § 1227 ausschließenden Barlohns — wie das Oberversicherungsamt meint — aus der allgemeinen Erfahrung herleiten, daß die Landleute geneigt sind, die Barzahlungen an ihre Kinder möglichst niedrig anzugeben.

Ausstellung und Umtausch der Quittungskarten.

Bescheid des **Reichsversicherungsamts** vom 16. September 1913.

Durch § 1419 RVO. in Verbindung mit Ziff. 2 und 3 der preuß. Anweisung für die Quittungskartenausgabe vom 20. November 1911 sind die für die Ausstellung und den Umtausch der Quittungskarten in Betracht kommenden Stellen sachlich und örtlich bezeichnet, und es liegt nicht

Digitized by Google

in der Hand des Arbeiters oder Arbeitgebers, anstatt der bezeichneten Stellen eine andere anzugehen. Ferner schreibt § 1413 RVO. vor, daß die Entrichtung der Beiträge durch Einkleben in „die", d. i. in die ordnungsmäßig ausgestellte und nicht etwa in eine beliebige Quittungskarte erfolgt.

Die zu Unrecht angegangene Stelle muß die Ausstellung oder den Umtausch schon zum Schutze des Arbeiters ablehnen; denn es erscheint z. B. fraglich, ob eine von einer unzuständigen Stelle ausgestellte Quittungskarte den Schutz des § 1445 RVO. genießt, und ob eine von einer unzuständigen Stelle erteilte Aufrechnungsbescheinigung die Kraft einer öffentlichen Urkunde besitzt (zu vgl. Hanow-Lehmann, Komm. zur RVO. Bd. 4 Anm. 9 zu § 1413, Anm. 6 und 8 zu § 1419 und Anm. 3 zu § 1445, auch Anm. 5 e zu § 1280; Weymann, Komm. zur RVO. Anm. 4 zu § 1413 und Anm. 5 zu § 1419; Düttmann-Appelius, Komm. zur RVO. 4 Anm. 4 zu § 1445).

Die ordnungsmäßige Ausstellung der Quittungskarten und ihr Umtausch gehören aber weiter zur ordnungsmäßigen Erledigung des ganzen Beitragsgeschäfts. Darauf zu achten und darüber zu wachen, nötigenfalls die erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen (z. B. durch Anträge an die zuständigen Landesaufsichtsbehörden), gehört zum Aufgabenkreise der Versicherungsanstalten (§§ 1342, 1465 RVO.).

E. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Voraussetzungen eines Anspruchs auf Weihnachtsgratifikation.

Entsch. des **Kammergerichts** v. 15. März 1914.

In einer Prozeßsache, in der es sich um den Anspruch eines Angestellten gegen eine Berufsgenossenschaft handelte, hat das Kammergericht, abweichend von früheren Entscheidungen, sich wie folgt ausgesprochen:

Die Klage ist unbegründet. Weihnachtsgratifikationen, die zugesagt sind, wenn auch ohne Angabe bestimmter Höhe, sind allerdings nicht reine Freigebigkeiten der Dienstberechtigten, deren Gewährung ihrem Belieben anheim gestellt ist; sie sind vielmehr eine Vergütung besonderer Art neben dem Gehalt, die insbesondere den Zweck hat, den Angestellten für das Ausharren im Dienste zu belohnen und ihn zur Fortsetzung der Dienste anzuspornen.

Regelmäßig ist die Entstehung des Anspruchs davon abhängig, daß der Angestellte bis Weihnachten im Dienst verbleibt. So RG. III C. S. 154/1913. Schon hiernach würde die Klage auf rückständige anteilige Gratifikation fallen, aber auch Berücksichtigung der Gratifikation bei der Berechnung des pensionsfähigen Diensteinkommens muß ausgeschlossen sein, da sie nicht Gehalt, sondern Vergütung besonderer Art neben dem Gehalt ist. Hervorzuheben ist hierbei noch, daß die Beklagte eine öffentlich-rechtliche Korporation offensichtlich bei Regelung der Pensionierung ihrer Beamten sich an die gesetzlichen Bestimmungen bei Pensionierung von Staatsbeamten angelehnt hat (vgl. die vom Reichsversicherungsamt bestätigte Dienstordnung der Beklagten, bei der Pension staatlicher Beamten aber Gratifikationen nicht zur Berechnung kommen. Vgl. z. B. (§ 10 des preuß. Pensionsgesetzes v. 27. März 1872, § 42, 3 des Reichsbeamtengesetzes).

Nicht zugesagte Gratifikationen können aber überhaupt nicht verlangt werden, Staub zu § 59 HGB. Anm. 34 (Schlußsatz). Selbst jahrelange Zahlung einer Gratifikation gibt keinen Rechtsanspruch auf sie, und sogar unbestimmtes Inaussichtstellen einer Gratifikation ist unverbindlich. Düringer—Hachenberg zu § 59 HGB. Anm. 30, Ritter zu § 59 HGB. Anm. 7, Makower zu § 59 HGB. IIc, Goldmann zu zu § 59 HGB. Anm. 3 A 2a, Dove-Apt Berl. Aelt. 1907, S. 15, 16, 17 Nr. 14, 15, 16, 17, 18.

Offenbar belanglos wäre es, wenn die Beklagte — wie Kläger behauptet hat — wiederholte Pfändung von Gratifikationen ihres Angestellten P. zugelassen und berücksichtigt hat. Verpflichtet wäre sie dazu nicht gewesen.

(Berufsgenossenschaft.)

Digitized by Google

Sprechsaal.

Kein Krankengeld neben Wochengeld.

In einer Zuschrift wird, gegenüber unserer Auskunft in Heft 22 S. 535 Ziff. 4, auf die Anm. 12 zu § 195 im Kommentar von Hoffmann hingewiesen. Wir gehen daher hier nochmals näher auf die Frage ein.

§ 195 Abs. 3 RVO. lautet: „Neben Wochengeld wird Krankengeld nicht gewährt; die Wochen nach der Niederkunft müssen zusammenhängen."

Hierzu bemerkt Hahn in Anm. 7 zu § 195: „Die Vorschrift soll entstandene Zweifel ausschließen; eine Häufung der baren Leistungen liegt außerhalb ihres Zwecks (Begr. S. 159). Die Wöchnerin kann, auch wenn sie zugleich krank ist, nur das Wochengeld beziehen. Im Anschluß hieran will der zweite Halbsatz das mögliche Mißverständnis ausschließen, als könnte die Wöchnerin, wenn sie nach der Niederkunft erkrankt, den Wochengeldbezug unterbrechen und zunächst Krankengeld beanspruchen, um erst nach Ablauf der Krankenunterstützungsdauer noch den Rest des Wochengeldes zu fordern. Die Bezugsdauer für das Wochengeld läuft von der Niederkunft ununterbrochen ab, auch wenn Krankheit hinzutritt (vgl. Sten. Ber. S. 7245 B). Erst mit Ablauf dieser Bezugsdauer kann folgeweise diejenige für das Krankengeld (§ 183 Anm. 2) beginnen."

Die Anm. 12 bei Hoffmann lautet: „Die Wochen nach der Niederkunft sollen für die Wochenhilfe zusammenhängen; es sollen, wenn während des Bezugs von Wochengeld die Versicherte krank wird und dann als Erkrankte, nicht als Wöchnerin auf die Krankenhilfe Anspruch hat, die Krankenwochen auf das Krankengeld angerechnet werden. Wenn z. B. die Versicherte zwei Wochen Wochenhilfe bezogen hat und dann wegen Arbeitsunfähigkeit vier Wochen Krankengeld, so gilt der Anspruch auf vier Wochen Wochengeld als befriedigt, so daß ein weiterer Anspruch auf Wochengeld nicht mehr besteht; Sten. Ber. S. 7245."

Die Anmerkung Hoffmanns entspricht vollständig einer Bemerkung des Abgeordneten Horn im Reichstage, die dadurch veranlaßt war, daß der Abgeordnete Mugdan den Antrag (auf welchem § 195 Abs. 3 beruht) als unverständlich bezeichnet hatte. Aber auch auf die Erklärung des Abg. Horn erklang der Zuruf: „Das ist sehr undeutlich", und dies mit Recht; denn die Erklärung steht mit dem Wortlaute des Abs. 3 in Widerspruch. Das Gesetz sagt, daß neben Wochengeld Krankengeld nicht gewährt wird, und wenn es hinzufügt, daß die Wochen nach der Niederkunft zusammenhängen müssen, so drückt es aus, daß das Wochengeld von der Niederkunft ab für mindestens sechs Wochen (Abs. 1) ununterbrochen zu zahlen ist. Das Wochengeld — kein Krankengeld! Auch wenn es der erkrankten Wöchnerin einfallen sollte, ausdrücklich zu erklären, daß sie Krankengeld und nicht Wochengeld fordere, würde die Leistung der Kasse nur als Wochengeld anzusehen und nur auf dessen Bezugsdauer anzurechnen sein. Die Voraussetzung der Bemerkung des Abg. Horn und der Anmerkung von Hoffmann, daß die Wöchnerin (von der Niederkunft ab) erst zwei Wochen Wochengeld und dann vier Wochen Krankengeld bezogen habe, kann also nach dem Gesetz gar nicht eintreten, und deshalb ist die Annahme, daß ihr „die Krankenwochen auf das Krankengeld angerechnet werden", ausgeschlossen. Die Vorschrift des Gesetzes, daß „neben" Wochengeld Krankengeld nicht gewährt wird, schließt nur eine doppelte Leistung aus; sie besagt, daß die Wöchnerin nur Wochengeld erhält, aber sie besagt nicht, daß das Wochengeld als Krankengeld gilt. Deshalb kann erst nach Ablauf des Wochengeldbezugs der Krankengeldbezug beginnen, wie wir in unserer Auskunft, unter Berufung auf Hahn, ausgeführt haben.

Nur in einem besonderen Falle ist eine Anrechnung des Wochengeldbezugs auf die Dauer des Krankengeldbezugs nicht zu umgehen, nämlich, wenn die Wöchnerin schon vor der Niederkunft arbeitsunfähig erkrankt war. Zwar setzt die bloße Tatsache der Krankheit und Arbeitsunfähigkeit die Krankengeldbdauer noch nicht in Lauf. Es liegt im Willen der Kranken, ob sie Krankenhilfe alsbald oder erst später in Anspruch nehmen will, und erst mit der ersten Leistung wegen der Krankheit beginnt die Dauer der Krankenhilfe und weiterhin auch des Krankengeldbezugs zu laufen. Dann aber läuft die Unterstützungsdauer ununterbrochen weiter, ohne Rücksicht darauf, ob die Versicherte das Krankengeld etwa erst von einem späteren Zeitpunkt ab beziehen will (Hahn S. 227 Anm. 2d zu § 183 und die dort angeführten Entscheidungen). Die Krankenhilfe und der Krankengeldbezug insbesondere reichen daher gegebenenfalls auch in die sechs Wochen nach der Niederkunft hinein oder darüber hinaus, und in solchem Falle muß der Satz, daß neben dem Wochengelde Krankengeld nicht gewährt wird, allerdings die Bedeutung annehmen, daß das Wochengeld zugleich als Krankengeld gilt und auf die Dauer des Krankengeldbezugs anzurechnen ist.

Die untere Verdienstgrenze als Voraussetzung der Krankenversicherungspflicht.

Diesen Gegenstand behandelt Magistratsassessor Dr. Goerlitz in Heft 19 Arb.-Vers., um sich gegen die von Seelmann vertretene Auffassung zu wenden, daß Geringfügigkeit des Entgelts und Versicherungsfreiheit auch auf dem Gebiet der Krankenversicherung dann anzunehmen sei, wenn das vom Reichsversicherungsamt im Invalidenversicherungsrecht wiederholt als Maßstab angewandte Drittel des Ortslohns nicht erreicht werde. Dr. Goerlitz weist zur Begründung seiner Ansicht vor allem darauf hin, daß die Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 17. November 1913 über die Befreiung vorübergehender Dienstleistungen von der Krankenversicherungspflicht den Begriff „geringfügiger Entgelt" viel enger begrenze als die für das Gebiet der Invalidenversicherung maßgebende Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 27. Dezember 1899. Die Auslegung wird dem Zweck und Sinn der Vorschrift in Abschnitt I Ziff. 3 jener Bekanntmachung nicht gerecht.

Die Reichsversicherungsordnung beherrscht die Tendenz, den Kreis der gegen Krankheit und

Digitized by Google

Invalidität versicherten Personen möglichst gleich zu gestalten. (Begr. RVO. S. 84, 85, 148). Um den Gesichtspunkt auch bei der Regelung der Ausnahmen von der Kranken- und Invalidenversicherungspflicht zur Geltung zu bringen, ist in § 168 und § 1232 RVO. für beide Versicherungszweige dem Bundesrat die Befugnis übertragen worden, zu bestimmen, wieweit vorübergehende Dienstleistungen versicherungsfrei bleiben. Als in der Reichstagskommission bei Besprechung des § 182 des Entwurfs (§ 168 d. Ges.) ein Redner anregte, man möge die Festsetzung der Ausnahmen von der Krankenversicherungspflicht den Oberversicherungsämtern überlassen, weil sie den Verhältnissen näher ständen als der Bundesrat, führte der Staatssekretär des Innern aus, es sei wegen möglichster Wahrung der Gleichmäßigkeit mit der Invalidenversicherung wünschenswert, daß der Bundesrat die Bestimmung erlasse (Komm.Ber. II S. 20, 21). Man wird deshalb bei der Auslegung der Bundesratsvorschriften für beide Versicherungszweige dieselben Grundsätze annehmen müssen, sofern nicht zwingende rechtliche oder innere Gründe eine Unterscheidung rechtfertigen. Solche liegen jedoch für die hier zur Erörterung stehenden Bestimmungen nicht vor. Ein Vergleich der beiden Bestimmungen erbringt vielmehr den Beweis, daß der Bundesrat bestrebt war, den für die Invalidenversicherung geltenden Rechtszustand auch auf die Krankenversicherung auszudehnen. Eine Gegenüberstellung der beiden Vorschriften möge die Fassungsänderungen veranschaulichen.

Vorübergehende Dienstleistungen bleiben versicherungsfrei, wenn sie von Personen, die sonst keine berufsmäßige Lohnarbeit verrichten:

a) (Bekanntmachung v. 27. Dez. 1899 Abs. 2 Ziff. 1 b) zwar in regelmäßiger Wiederkehr, aber nur nebenher und gegen ein geringfügiges Entgelt, welches für die Dauer der Beschäftigung zum Lebensunterhalt nicht ausreicht und zu den für diese Zeit zu zahlenden Versicherungsbeiträgen nicht in entsprechendem Verhältnis steht, verrichtet werden.

b) (Bekanntmachung vom 17. Nov. 1913 Abschn. I Ziff. 3) zwar in regelmäßiger Wiederkehr, aber nur nebenher und gegen geringfügigen Entgelt ausgeführt werden. Als geringfügig gilt ein Entgelt, wenn er für den Lebensunterhalt während des Zeitraums, innerhalb dessen die Beschäftigung in regelmäßiger Wiederkehr ausgeübt wird, nicht wesentlich ist.

Beide Vorschriften enthalten keine erschöpfende Bestimmung des Begriffs „geringfügiger Entgelt". Es ist deshalb die Meinung nicht haltbar, die Bestimmung vom 17. November 1913 erkenne ausdrücklich einen geringfügigen Entgelt nur dann an, wenn er für den Lebensunterhalt während des Zeitraums, innerhalb dessen die Beschäftigung in regelmäßiger Wiederkehr ausgeübt wird, nicht wesentlich ist. Die Bestimmung sagt lediglich, daß in diesem Fall ein Entgelt als geringfügig „gilt", aber nicht, daß in diesem Fall und nur in diesem Fall ein Entgelt geringfügig „ist". Die Vorschrift beschränkt sich darauf, einige Begriffsmerkmale hervorzuheben, die mit dem bisherigen Rechtszustand auf dem Gebiet der Invalidenversicherung in Einklang stehen. Sie überläßt die scharfe Abgrenzung des Begriffs der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes, dessen Zuständigkeit durch die Reichsversicherungsordnung auch auf die Krankenversicherung erstreckt wird. Wenn die Vorschrift ferner von einem geringfügigen Entgelt spricht, das zum Lebensunterhalt nicht wesentlich ist, während die für die Invalidenversicherung maßgebende Bestimmung einen geringfügigen Entgelt erwähnt, der zum Lebensunterhalt nicht ausreicht, so hat die Fassungsänderung offenbar die Erwägung veranlaßt, daß in der Regel ein Entgelt, der zum Lebensunterhalt nicht ausreicht, auch für den Unterhalt nicht wesentlich ist. Der praktisch wichtigste Fall soll besonders hervorgehoben werden. Die Grenzen der Versicherungsfreiheit werden aber durch die verschiedene Fassung nicht berührt. Nach der älteren Bekanntmachung war ein Mißverhältnis zwischen Entgelt und Versicherungsbeiträgen eine Voraussetzung für die Annahme eines geringfügigen Entgelts. Die Voraussetzung hat keine praktische Bedeutung gewonnen und ist deshalb mit Recht in der neuen Bekanntmachung weggefallen.

Die Geringfügigkeit des Entgelts ist nach den Umständen des Einzelfalls, nach den Einkommensverhältnissen und der Lebenshaltung des Einzelnen zu beurteilen. Die Tatsache, daß ein Entgelt ein Drittel des Ortslohns nicht erreicht, kann deshalb nur einen ungefähren Anhalt, aber keine bindende Norm für die Annahme eines geringfügigen Entgelts geben. Verdienen einzelne Personen infolge ungünstiger Lohnverhältnisse selbst bei voller Beschäftigung nicht den Ortslohn, so tritt der durchschnittliche Verdienst vollbeschäftigter Personen an die Stelle des Ortslohns. Dies gilt in erhöhtem Maß für ganze Erwerbszweige, die, wie z. B. Gruppen in der Hausindustrie, trotz langer Arbeitszeit nur einen notdürftigen Verdienst erzielen, der eine kärgliche Lebenshaltung und eine Herabsetzung der elementaren Lebensbedürfnisse zur Folge hat. (Amtl. Nachr. Inv. u. A.-V. 1891 S. 54 Ziff. 4, 1894 Rev.-Entsch. 365 S. 138, 1902 Rev.-Entsch. 1008 S. 551, 1910 Rev.-Entsch. 1462 S. 467).

Kreisassessor Dr. Gerlach in Sonneberg.

Digitized by Google

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Eine Kriegs-Auskunfts- und Hilfsstelle für Arbeiter- und Angestelltenversicherung

hat sich in Berlin gebildet, die täglich in den Räumen der Landesversicherungsanstalt Berlin unentgeltlich in allen Fragen der Arbeiter- und Angestellten-Versicherung Rat und Hilfe gewährt, auch erforderlichenfalls Mitglieder in Lazarette entsendet, um unmittelbar am Krankenbett Rat zu erteilen und Anträge aufzunehmen. Mit Rücksicht auf die Bedeutung, welche die Sozialversicherung für die Kriegsteilnehmer, ihre Angehörigen und Hinterbliebenen hat, und die schon in der ersten Woche des Bestehens der Auskunftsstelle 700 Einzelberatungen erforderlich machte, wird von dieser Stelle die Schaffung gleicher Einrichtungen in anderen größeren Städten, sowie der Zusammenschluß aller so gebildeten Stellen zu einem Verband angeregt, um ein möglichst einheitliches Vorgehen zu ermöglichen. Anfragen hierüber werden erbeten an die Kriegs-Auskunfts- und Hilfsstelle für Arbeiter- und Angestelltenversicherung, Berlin SO., Am Köllnischen Park 3.

Berichtigung.

In dem Aufsatz von Koeppen im Heft 26 S. 612 muß es in der vorletzten Zeile der ersten Spalte statt 5 M. heißen: 15 M.

Die Arbeitslosenfürsorge während des Krieges durch die Gemeinden.

Der Krieg hat dem Wirtschaftsleben schwere Stockungen bereitet. Die Folge ist die Entstehung einer großen Zahl von Arbeitslosen, insbesondere in den großen Städten. Noch nie verzeichneten die Berichte über den Arbeitsmarkt eine solche große Zahl von Arbeitsuchenden, wie in den Monaten August und September 1914. Die Arbeiterorganisationen, wie z. B. die General kommission der (sozialdemokratischen) Gewerkschaften und die christlichen Gewerkschaften überreichten der Reichsregierung Eingaben, in denen sie um Maßnahmen zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit und ihrer Folgen baten. Die Petitionen waren mit Vorschlägen ausgerüstet. Insbesondere wurde darum ersucht, daß alle öffentlichen Betriebe, um möglichst viel Menschen unterbringen zu können, in verkürzten Schichten arbeiten sollen. Weiter wurde angeregt, daß die öffentlichen Körperschaften alle in Aussicht genommenen Bauarbeiten ausführen lassen. Schließlich wurde auch darum gebeten, eine Arbeitslosenversicherung nach dem Genter System einzuführen.

Das Reichsamt des Innern hat offenbar die Eingaben auch nicht unerhört gelassen. Es erschienen bald darauf Verordnungen der einzelstaatlichen Ministerien. So erließ das preußische Ministerium des Innern einen „eindringlichen Mahnruf zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit", der auch allen unteren Verwaltungsbehörden zuging. In ihm heißt es, daß die Sorge für die Arbeitslosen als eine der wichtigsten Aufgaben des öffentlichen Lebens während der Kriegszeit angesehen werden müsse. Insbesondere müsse Arbeitsgelegenheit beschafft werden. Es sei notwendig, daß die Kommunalverwaltungen mit den Arbeitgebern und den Arbeiterorganisationen aller Parteirichtungen Fühlung nehmen. Ein rasches und entschiedenes Eingreifen sei Pflicht der Kommunen. Der Staat werde es auch seinerseits nicht daran fehlen lassen, den Gefahren der Arbeitslosigkeit entgegenzutreten. In ähnlicher Weise ging auch die sächsische Regierung vor, die den Gemeinden zinsfreie Darlehn aus der Staatskasse zur Verfügung stellt, sowie die bayrische und württembergische Regierung, die amtliche Uebersichten über die öffentlichen Arbeiten zur Belebung des Wirtschaftsmarktes herausgibt usw.

Aber auch die einzelnen Provinzen und Kreise befaßten sich mit der Angelegenheit. So nahm ein außerordentlichen Provinziallandtag für die Provinz Brandenburg eine Vorlage an, die Mittel zur Unterstützung von erwerbslosen Personen (nicht Frauen von Kriegsteilnehmern) zur Verfügung stellt. Die Vorlage ging davon aus, daß in der Provinz Brandenburg 123 000 Arbeitslose vorhanden sind. Den Gemeinden soll die Hälfte der Gemeindeunterstützungen ersetzt werden, jedoch höchstens 50 Pf. täglich für das Familienoberhaupt oder eine alleinstehende erwachsene Person und 30 Pf. täglich für ein Glied der häuslichen Gemeinschaft. In einigen Landkreisen, z. B. im Saalkreis (Bez. Halle) wurden ebenfalls den Gemeinden Mittel bereitgestellt.

Am wirksamsten sind indes bis jetzt die Gemeinden vorgegangen. Vielfach wird eine Zählung der Arbeitslosen vorgenommen, (die auch den Gewerbeinspektoren aufgetragen worden ist). Meist ist in den Gemeindebetrieben die Arbeitszeit verkürzt worden, so daß viele Arbeitslose eingestellt werden konnten. Noch häufiger kam es in den größeren Städten dazu, eine regelrechte Arbeitslosenunterstützung einzuführen. Selbst Gemeindeverwaltungen, die sich seither solchen Maßnahmen gegenüber immer ablehnend verhalten haben, unternahmen jetzt entschlossen und einmütig die nötigen Hilfsaktionen. Und was besonders erfreulich ist: das Genter System der Arbeitslosenversicherung fand dabei weitgehende Anerkennung und Anwendung. Soweit das nicht geschah, wurde fast allenthalben beschlossen, die Fürsorge nicht als Armenunterstützung anzukreiden. Das wurde auch meist bei Anwendung des Genter Systems hinsichtlich der Hilfe für jene Personen beschlossen, die einer Berufsvereinigung nicht angehören.

Im einzelnen gehen natürlich die Maßnahmen weit auseinander. Vor allem ist die Höhe der Unterstützungen verschieden. Um ein kleines Bild der getroffenen Einrichtungen zu geben, seien folgende Beispiele aufgeführt:

Berlin unterstützt nicht nur Angestellte und Arbeiter, die eine Beschäftigung nicht finden können, sondern auch kleinere Gewerbetreibende, die außerstande sind, sich zu ernähren. Die Unterstützung beträgt für Personen mit Kindern 5 M., für die übrigen 4 M. wöchentlich. Organisierte Personen

Digitized by Google

erhalten zu ihrer Verbandsunterstützung einen Zuschlag von 50 pCt. Die Unterstützungen zusammen dürfen nicht 12 M. pro Woche übersteigen.

Bergedorf: Die Arbeitslosenunterstützung aus öffentlichen Mitteln beträgt für verheiratete Arbeitslose 8 M., für die Ehefrau 8 M., für je ein Kind 4 M. pro Monat, für ledige Arbeitslose 2,50 M. pro Woche. Bielefeld: Die immer auf zwei Wochen bewilligte Arbeitslosenunterstützung und Unterstützung beim Aussetzen mit der Arbeit beträgt (immer auf diese zwei Wochen): Für ein unterstützungsbedürftiges Ehepaar 10 M., für ein Familienmitglied mehr 3 M., für jedes weitere Familienmitglied mehr 2 M., für selbständige Einzelpersonen 7 M. Private Unterstützungen werden auf diese Beträge nur angerechnet, wenn sie die Hälfte der Sätze übersteigen. Außerdem besteht die Gewährung eines Mietszuschusses von 50 pCt. Chemnitz: Zuschuß an Mitglieder von Berufsvereinigungen und Unterstützung an Nichtorganisierte und solche Organisierte, die von ihrer Vereinigung Unterstützung nicht erhalten. Der Zuschuß beträgt 50 Pf. für männliche und 30 Pf. für weibliche Organisierte pro Tag, für sonstige männliche Arbeitslose 5 M., für weibliche 4 M., für Jugendliche 2,50 M. pro Woche. Für Kinder werden Zuschüsse gewährt, doch darf die Gesamtsumme 15 M. wöchentlich nicht übersteigen. In Charlottenburg ist die Fürsorge für die Arbeitslosen den auf Grund des Reichsgesetzes zur Unterstützung der Familien der Kriegsteilnehmer gebildeten Unterstützungskommissionen übertragen worden. Diese gewähren Beihilfen nach Bedürftigkeit. Düsseldorf hat 200000 M. bewilligt, um Familien, die durch den Krieg arbeitslos geworden sind, zu unterstützen. Die Unterstützung soll betragen für den Mann allein 50 Pf., für Mann und Frau 1 M. und für jedes Kind oder erwachsenen Zugehörigen 20 Pf. pro Tag bis zur Höchstleistung von 2 M. Von der Arbeitslosenunterstützung der Gewerkschaften werden Beträge bis 5 M. überhaupt nicht, höhere teilweise angerechnet. Die Kontrolle der Arbeitslosen erfolgt durch den städtischen paritätischen Arbeitsnachweis. In Elmshorn erhalten die Arbeitslosen: Familie mit 1 Kind 7,80 M., mit 3 Kindern 14 M., mit 6 Kindern 20,30 M. pro Woche. Fürth gewährt für unorganisierte Arbeiter und für nicht bezugsberechtigte Gewerkschaftsmitglieder 6 M., wenn sie verheiratet sind und 4 M., wenn sie noch ledig sind. Arbeitslose, die von einer Gewerkschaft Unterstützung beziehen, erhalten einen Zuschuß von 3 bzw. 1 M. pro Woche. Frankfurt a. M. zahlt für Ledige 70 Pf., für Verheiratete 1 M. pro Tag. Für jedes Kind werden 15 Pf. bis zum Höchstsatz von 60 Pf. gezahlt. Die Unterstützung wird nach 6 Tagen Karenzzeit gewährt. Letztere fällt weg, wenn sich die Arbeitslosigkeit innerhalb 42 Tagen wiederholt. Für die Gewerkschaftsmitglieder wird die Unterstützung von den Gewerkschaften ausgezahlt. Die Unterstützungen zusammen sollen 3,50 M. pro Tag nicht übersteigen. Erforderlich ist einjähriger Aufenthalt in Frankfurt. Freiburg i. Br.: 70 Pf. pro Tag und Person; für je ein Kind erhöht sich die Unterstützung um 10 Pf. den Tag bis zum Gesamtbetrag von 1 M. Die Zuschüsse an die Gewerkschaftsmitglieder und Sparer sind auf 70 pCt. (seither 50 pCt.) erhöht worden; ebenso für Kinder. Gevelsberg gewährt für eine alleinstehende Person 4,50 M., für das Haupt der Familie 3,80 M., für die Frau und erwachsene Familienangehörige 2,80 M., für ein Kind unter 10 Jahren 1,70 M., von 10 bis 14 Jahren 2,10 M. pro Woche. Halle a. S.: Gewerkschaftlich Organisierte erhalten einen städtischen Zuschuß und zwar 100 pCt. bei gewerkschaftlichen Unterstützungen bis zu 4 M., 50 pCt. bei über 4 bis 6 M., 25 pCt. bei mehr als 6 M., außerdem für jedes Kind besonders 1 M. pro Woche. Die Höchstgrenze ist 12 M. pro Woche. Die Anspruchsberechtigten müssen mindestens ein Jahr in Halle wohnen. Für die ersten 6 Tage der Arbeitslosigkeit wird nichts gewährt. Nichtorganisierte und Ausgesteuerte, ausgenommen Dienstboten, erhalten nach einem besonderen Regulativ Unterstützung aus Mitteln der Armenkasse, die jedoch nicht als Armenunterstützung angesehen wird. Hamburg hat eine Notstandshilfe von einer Organisation aller Vereine und Parteien eingeführt, die auch den durch den Krieg erwerbslos gewordenen Handwerkern, Angestellten nnd Arbeitern gewährt wird. In Hanau findet die Unterstützung durch Zuweisung von Notstandsarbeit zu dem ortsüblichen Tagelohn von 3,20 M. statt. Wer keine Arbeit nachgewiesen erhält, wird unterstützt, und zwar: eine alleinstehende Person mit 7 M., ein kinderloses Ehepaar 10 M. wöchentlich. Für jedes Kind im Alter bis zu 4 Jahren werden 1,20 M., von 5 bis 10 Jahren 1,60 M., von 10 bis 15 Jahren 2 M. wöchentlich gezahlt. In Heilbronn erhalten Arbeitslosenunterstützung diejenigen Personen, die schon vor dem Kriegsausbruch in Heilbronn ihren Wohnsitz hatten und keine nach Vorbildung, Beruf und körperlichen Verhältnissen als angemessen zu betrachtende Arbeit nachgewiesen erhalten können. Die Unterstützung beträgt für den Tag für den Haushaltungsvorstand 50 Pf., für die arbeitslose Ehefrau 30 Pf., für jedes Kind unter 14 Jahren 15 Pf. Zusammen soll die Familie nicht mehr wie 2 M. für den Kalendertag erhalten. In Lichtenberg sollen erhalten ein Ehepaar 45 M., eine Familie mit 1 Kinde 52 M., mit 2 Kindern 60 M., mit 3 Kindern 68 M. usw. monatlich. Als Höchstbetrag sind 80 M. festgesetzt. Die Unterstützungen können bis zu $^2/_3$ im Speisemarken und Lebensmitteln verabfolgt werden. Die Gesamtkosten sind auf monatlich 260 000 M. veranschlagt. Leipzig gewährt 5,60 M. an alleinstehende Arbeitslose, 5 M. an Familienoberhäupter, 3,50 M. an deren Ehefrauen und 2 M. für jedes Kind. Im ganzen soll eine Familie nicht mehr wie 16 M. erhalten. Die Bewerber müssen seit 1. April in Leipzig wohnen und seit 14 Tagen arbeitslos sein. Die Fürsorge soll nur bei Bedürftigkeit gewährt werden. Meißen: Die Arbeitslosen, die einer Gewerkschaft angehören, erhalten aus städtischen Mitteln einen täglichen Zuschuß von 50 Pfg. In Magdeburg sind zwar Maßnahmen zur Hebung der Arbeitsgelegenheit und Beköstigung der Bedürftigen zugesagt, aber eine städtische Arbeitslosenunterstützung abgelehnt worden. Nürnberg hat 100 000 M. für Arbeitslosenfürsorge bewilligt. Radeberg: Familie mit 1 Kind 20 M., mit 3 Kindern 36 M., mit 6 Kindern 60 M. Solingen: Alleinstehende Person 3,50 M., Familienhaupt 2,50 M., bei dem Manne lebende Frau 2 M., ein Kind bis zu 10 Jahren 1 M., 10 bis 14 Jahren 1,20 M. pro Woche. Außerdem wird ein Mietszuschuß von 50 pCt., jedoch nicht mehr als 15 M. monatlich geleistet. Steglitz: Eine verheiratete Person 6 M., bei Vorhandensein von drei und mehr Kindern 7 M., eine ledige Person wöchentlich 4,50 M. In Fällen großer Not kann darüber hinaus gegangen werden. Die organisierten Arbeiter und Angestellten erhalten zu ihrer statutarischen Unterstützung einen Zuschuß von 50 pCt. Beide Unterstützungen zusammen dürfen aber 13 M. für eine verheiratete und 10 M. für eine ledige Person

Digitized by Google

wöchentlich nicht übersteigen. Schöneberg hat die regelmäßige Arbeitszeit der städtischen Arbeiter herabgesetzt und den Lohn um ein Zehntel gekürzt. Mit den Ersparnissen werden andere Arbeiter eingestellt. In Wurzen erhalten Arbeitslose auf besonderen Antrag Unterstützung. Die Höhe ist nicht bestimmt festgesetzt. Wilmersdorf hat eine Zählung nicht nur der arbeitslosen Arbeiter und Angestellten, sondern auch der beschäftigungslosen Schriftsteller, Künstler, Lehrer usw. vorgenommen. Als Unterstützung soll gewährt werden: bei Arbeitern dem Familienoberhaupte 5 M., Frau und Kind je 1,50 M. pro Woche, bei Angestellten dem Familienoberhaupte 30 M., Frau und Kind je 10 M. pro Monat. Weißensee hat eine „Betriebswerkstatt" errichtet, in der ca. 100 Frauen beschäftigt werden. Daneben werden Lebensmittel und Kohlen verteilt.

Man sieht, daß einzelne Gemeinden im Vergleich zu dem seither Ueblichen ganz Erhebliches leisten. Zurückgeblieben sind in der Hauptsache nur die kleinen Orte, insbesondere die Landgemeinden. Es sei der Hoffnung Ausdruck gegeben, daß die Fürsorge nicht nur für die Zeit des Krieges geschaffen ist, sondern eine dauernde Einrichtung bleibt.

Zum Notgesetz, betreffend die Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen

hat sich der Reichskanzler in einem Schreiben an den preußischen Handelsminister vom 6. August 1914 wie folgt geäußert:

Um die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen während des Krieges zu sichern, ist durch das Gesetz vom 4. August 1914 (RGBl. S. 337) im § 2 die Zuschußpflicht der Gemeindeverbände für leistungsunfähige Orts- und Landkrankenkassen schon für den Fall festgesetzt, wenn sie vierundeinhalb vom Hundert des Grundlohns als Beitrag erheben. Ich nehme an, daß die gleichzeitige Herabsetzung der Leistungen auf die Regelleistungen die Kassen finanziell so kräftigen wird, daß verhältnismäßig wenig Kassen leistungsunfähig werden dürften. Immerhin halte ich es für angezeigt, die Gemeindeverbände möglichst bald auf diese Aenderung aufmerksam zu machen, damit sie gegebenenfalls für diese Möglichkeit Vorkehrung treffen können. Ebenso halte ich es für angezeigt, auch die Innungen, die eine Innungskrankenkasse unterhalten, und die Arbeitgeber, die eine Betriebskrankenkasse haben, durch die zuständigen Versicherungsbehörden auf die gesetzliche Verschiebung ihrer Zuschußpflicht hinzuweisen.

In demselben Gesetz ist entsprechend der Reichsversicherungsordnung (§§ 389, 390) vorgesehen, daß ein Gemeindeverband, der solche Zuschüsse leistet, während dieser Zeit einem Vertreter das Amt des Kassenvorsitzenden übertragen kann. Bei den Beratungen mit Vertretern der Parteien im Reichstag ist die Befürchtung aufgetaucht, als würden die Behörden diese Handhabe benutzen und einer Kasse vorübergehend einen Gemeindebeamten als Vorsitzenden aufzwingen. Ich habe diese Befürchtung als unbegründet bezeichnet, zumal die Behörden zurzeit Mühe genug haben, für ihren Dienst die erforderlichen Beamten zu beschaffen, und deshalb keinen brauchbaren Kassenvorsitzenden ausschalten werden. Zur Beruhigung der Abgeordneten habe ich aber zugesagt, die hohen Bundesregierungen zu bitten, sie möchten die zuständigen kommunalen Stellen darauf hinweisen, daß sie von dieser Befugnis nur in Notfällen Gebrauch machen.

Den Krankenkassen ist jetzt ein erheblicher Teil der Angestellten entzogen, so daß sie Mühe haben, einen geordneten Geschäftsbetrieb leidlich aufrecht zu erhalten. Die Vorstände werden mitunter nicht in der Lage sein, alle ihre Pflichten, z. B. eine geordnete Rezeptrevision und ähnliches genau wahrnehmen zu können. Ich nehme als selbstverständlich an, daß die Aufsichtsbehörden diesen Verhältnissen von selbst Rechnung tragen, und erwähne dies nur, weil ich von mehreren Seiten um Auskunft hierüber gebeten worden bin. Ebenso bin ich gefragt worden, ob es zulässig sei, daß eine Kasse ihren Angestellten, die jetzt Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste leisten, während dieser Zeit ihr Gehalt oder auch einen Teil des Gehalts für ihre Familien weiterzahlt, auch wenn dies in der Dienstordnung nicht vorgesehen ist, oder die Dienstordnung noch nicht genehmigt ist. Ich nehme an, daß die Aufsichtsbehörden von selbst in allen solchen und ähnlichen Fällen nachsichtig und wohlwollend verfahren werden.

Schließlich erlaube ich mir noch zu erwähnen, daß nach Vereinbarung bei den Beratungen im Reichstag in die Begründung zum Gesetzentwurf — Nr. 15 der Drucksachen des Reichstags, S. 4 — eine Bemerkung aufgenommen worden ist, wonach über die in § 1 Abs. 2 und § 3 Abs. 2 des Gesetzes vorgesehenen Anträge des Kassenvorstandes von den Arbeitgebern und den Versicherten im Vorstand in ungetrennter Abstimmung zu beschließen ist.

Abdruck der Entscheidungen von Versicherungsbehörden.

Eine Krankenkasse, die in der Streitsache mit einer anderen Kasse vor dem Versicherungsamt und dem Oberversicherungsamt unterlegen war, fragte bei dem Versicherungsamt als der Aufsichtsbehörde an, ob gegen die Veröffentlichung der beiden Entscheidungen Bedenken beständen. Das Versicherungsamt verneinte die Frage, fügte aber hinzu: „Die Namen der Betreffenden, der Kassen und der entscheidenden Behörden sind jedoch nur durch Buchstaben anzudeuten, z. B. Versicherungsamt H."

Von einem Freunde unserer Zeitschrift wurden uns die beiden Entscheidungen übersandt mit dem Anheimgeben, sie in der von der Aufsichtsbehörde bezeichneten Weise zu veröffentlichen. Wir lehnten den Abdruck ab, weil wir ein sachliches Interesse daran nicht hatten. Zugleich wiesen wir aber darauf hin, daß das Verlangen des Versicherungsamts nicht nur ungesetzlich ist, sondern mit dem allgemeinen Brauch in Widerspruch steht. Jeder der von der Entscheidung einer Behörde Kenntnis erhält, ist ohne weiteres befugt, sie vollinhaltlich abzudrucken (§ 16 des Ges. betr. das Urheberrecht usw. vom 19. Juni 1901, RGBl. S. 227)*), auch die Namen der Beteiligten und der entscheidenden Behörde. Nun besteht zwar die Uebung — aber keine Nötigung! — die Namen der Parteien nur durch Buchstaben anzudeuten; dagegen ist es allgemeiner und sachgemäßer Brauch, die Behörde, welche die Entscheidung gefällt und die Verantwortung dafür zu tragen hat, deutlich zu bezeichnen. Wir haben unserem Schreiben an den freundlichen Einsender folgendes hinzu-

*) Anders verhält es sich selbstverständlich mit einer Bearbeitung der Entscheidung (§§ 2, 12 des Ges.), d. h. mit einer selbständigen Darstellung des Inhalts, die eine geistige Arbeit des Darstellenden enthält.

Digitized by Google

gefügt: „Welches Gewicht könnte bei unserem weiten Leserkreise die Entscheidung einer Behörde beanspruchen, die selbst Bedenken trägt, für ihre mit guten Gründen angefochtene Entscheidung mit ihrem Namen vor der Oeffentlichkeit einzustehen!"

Literarisches.

Wegweiser durch die deutsche Reichsversicherung einschließlich der Angestelltenversicherung. Von Landesrat Dr. Schmittmann, Dozent an der Hochschule für kommunale und soziale Verwaltung in Köln. Verlag von L. Schwann, Düsseldorf. 127 S. Preis 1 M., in Partien billiger.

Das Büchlein will eine gemeinverständliche, leicht faßliche Darstellung bieten. An Vorgängern in dem Versuche, den verwickelten Rechtsstoff auf diese Weise dem Verständnis des Volkes näher zu bringen, fehlt es nicht; indessen hat auch die vorliegende Darstellung in ihrer unmittelbar auf das Praktische gerichteten Form ihre besondere Daseinsberechtigung. Den vier Versicherungszweigen — Kranken-, Unfall-, Invaliden-, Angestelltenversicherung — ist je ein Abschnitt gewidmet. Ein Anhang enthält 17 Muster für Eingaben. Sprachlich läuft gelegentlich eine Ungenauigkeit unter, die Mißverständnisse erzeugen kann, so z. B. wenn auf S. 1 „Kassenpflicht" für „Versicherungspflicht" steht. Es ist nämlich nicht richtig, daß die Kassenpflicht nicht mehr von der Zugehörigkeit zu bestimmten Arten von Betrieben abhängig ist.

Technikerrecht. Von Rechtsanwälten Dr. Georg Baum und Fritz Grünspach. Düsseldorf 1914, Verlag der Werkmeister-Buchhandlung. 113 S. Preis 3 M.

Das Buch stellt, als ein Ausschnitt aus dem Dienst- oder Arbeitsvertragsrecht, die besonderen Rechtsverhältnisse einer großen und im Hinblick auf die Entwicklung der deutschen Industrie besonders wichtigen Gruppe von Angestellten dar: der Werkmeister und Techniker. Da das Buch von Praktikern, die auf diesem Gebiete besonders reiche Erfahrung haben, mit vollständiger Beherrschung des Gesetzesstoffes und der Rechtsprechung in leichtfaßlicher Darstellung geschrieben ist, wird es nicht nur für Richter und Anwälte, sondern auch für Arbeitgeber und Angestellte, für Verwaltungsbeamte, Rechtsauskunftsstellen usw. ein wertvolles Mittel der Belehrung sein.

Heimarbeit und Gesetzgebung in Frankreich. Von Gerichtsassessor Dr. J. Krebs. (Münchener Volkswirtschaftl. Studien. Herausg. v. Brentano und Lotz. 132. Stück.) Stuttgart und Berlin 1914, Cotta'sche Buchhandlg. Preis M. 2.80.

Die Lage der Heimarbeiter hat neuerdings in allen Ländern die öffentliche Aufmerksamkeit in hohem Maße auf sich gezogen. Wo die Gesetzgebung zu ihrer Besserung noch nicht eingegriffen hat, ist man eifrigst bemüht, sie dazu zu veranlassen. Dies gilt auch besonders für Frankreich. Große Enqueten haben dort stattgefunden, um die Lage der Heimarbeiter festzustellen und Politiker der verschiedensten Parteien haben Gesetzesvorschläge gemacht, welche den bestehenden Mißständen abhelfen sollen. Der Verfasser hat das Ergebnis dieser Enqueten und die Gesetzesvorschläge in dem vorliegenden Buche übersichtlich dargestellt. Seine Arbeit dürfte allen Sozialpolitikern willkommen sein.

Arbeiterbeteiligung an Führung, Ertrag und Besitz von Gewerbebetrieben. Von Max Roesler. Dresden 1914 bei O. V. Böhmert. Preis 1 M.

Der Rechenschaftsbericht eines Mannes, der in gewerblichen Betrieben von der Pike auf gedient, sich zu leitenden Stellungen aufgeschwungen und, schließlich als bedeutender Unternehmer, stets seine sozialen Pflichten gegen die Arbeiter weitherzig aufgefaßt und seine Ideen über Arbeiterbeteiligung in eigener Weise verwirklicht hat. Er teilt mit, was er getan hat, wie es ihm dabei ergangen ist und was er anderen zu tun rät. Die der warmherzig geschriebenen Darstellung angehängten „Satzungen für Arbeiterausschüsse der Max Roesler-Feinsteingutfabrik-Aktiengesellschaft in Rodach, Herzogtum Coburg", spiegeln, die Art, wie der Verfasser seine Ideen in die Tat umgesetzt hat, ab.

Leitfaden zur Angestelltenversicherung. Bearbeitet von höheren Beamten der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte. Berlin 1914 bei Julius Springer. 48 S. Ausgabe A 40 Pfg., Ausgabe B mit 4 farbigen Tafeln 50 Pfg. In Partien billiger.

Auf der Grundlage des Versicherungsgesetzes für Angestellte, der Ausführungsbestimmungen und der bisherigen Rechtsübung der beteiligten Behörden, behandelt das Büchlein in acht Kapiteln 1. den Umfang der Versicherung, mit den Unterabschnitten Versicherungspflicht, Freiwillige Versicherung, Gehaltsklassen, 2. den Gegenstand der Versicherung, mit den Unterabschnitten Rentenleistungen und Beitragserstattung sowie Heilverfahren, 3. die Deckung der Leistungen, 4. die Organisation der Versicherung, und zwar die Reichsversicherungsanstalt und ihre Organe sowie Wahlen und Wahlämter, 5. das Verfahren vor den Spruchbehörden der Versicherung, mit den Unterabschnitten Verfahren bei Feststellung der Leistungen, Beschluß- und Beschwerdeverfahren, 6. Versicherungsverträge mit Lebensversicherungsunternehmungen als Grund zur Befreiung des Angestellten von der eigenen Beitragsleistung zur Reichsversicherung, 7. Ersatz- und Zuschußkassen, 8. die Vermögensverwaltung der Reichsversicherungsanstalt. Neben dem Text der Ausgabe A bietet die Ausgabe B vier graphische Tafeln, betreffend die Verteilung der Versicherten nach Gehaltsklassen und Familienstand, die Gliederung ihres Jahresarbeitsverdienstes nach Bezirken sowie ihre Beteiligung am bisherigen, in der Angestelltenversicherung bekanntlich mit nicht weniger als 11 bis 12 Millionen Mark jährlich ausgerüsteten Heilverfahren nach Altersklassen und Gehaltsklassen, sämtlich in getrennter Darstellung für männliche und weibliche Versicherte. Die trefflich ausgestattete Schrift kommt dem in weiten Kreisen vorhandenen Bedürfnis nach Belehrung über die Anforderungen der neuen Angestelltenversicherung durch eine billige, gemeinverständliche, überall zuverlässige Darstellung in dankenswerter Weise entgegen.

Digitized by Google

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und recht deutlich zu schreiben.

Vertretung des Ausschußvorsitzenden einer Krankenkasse.

1. Nach Höchst a. M. Antwort: § 99 Ihrer Satzung entspricht dem § 81 der Musterf. f. OKK. und ist insofern mangelhaft, als er keine Vorsorge trifft für den Fall einer Behinderung des Vorsitzenden des Ausschusses, wie sie z. B. jetzt durch die Einberufung zum Kriegsdienst eingetreten ist. Wir folgern aber aus Abs. 1 der Vorschrift ohne weiteres, daß der Ausschuß in solchem Falle einen Stellvertreter zu wählen hat, und zwar bei seinem nächsten Zusammentritt, auch ohne daß die Wahl gemäß § 100 Abs. 5 Ihrer Satzung (§ 82 Abs. 5 der Musterf.) auf die Tagesordnung gesetzt ist. Denn es handelt sich hierbei doch nur um einen notwendigerweise zu erledigenden Punkt der inneren Ausgestaltung, ohne die eine ordnungsmäßige Leitung der Sitzung nicht möglich ist.

§ 215 Abs. 2 und 3 RVO. gilt auch während des Kriegszustandes.

2. Nach Halle a. S. Antwort: Durch das Notgesetz vom 4. August 1914 (ArbVers. S. 569) ist die Geltung des § 215 Abs. 2 und 3 RVO. nicht berührt; es sind nur die Leistungen auf die Regelleistungen herabgesetzt und die ordentlichen Beiträge auf 4½ % festgesetzt. Wo aber die RVO. ein Herabgehen unter die Regelleistungen vorsieht oder zuläßt und dafür eine entsprechende Ermäßigung der Beiträge vorschreibt (§§ 215, 420 ff., 432, 494), da gilt dies auch unter der Herrschaft des Notgesetzes. Da nach Ihrer Satzung die Beiträge für die freiwillig Beigetretenen, im Hinblick auf die Beschränkung ihrer Ansprüche, auf die Hälfte der ordentlichen bisherigen Beiträge festgesetzt sind, so haben diese Mitglieder auch jetzt nur jene beschränkten Ansprüche und dafür die Hälfte von 4½ %, also 2¼ % des Grundlohnes zu zahlen.

Ununterbrochene Fortdauer der Beitragspflicht bei Weiterversicherung nach § 313 RVO.

3. Nach Dülken. Antwort: Die Wirkung der Weiterversicherung nach § 313 RVO. ist die, daß der Versicherte mit seinen bisherigen Rechten und Pflichten Mitglied bleibt. Die Anzeige oder Zahlung nach Abs. 2 wirkt also auf den Zeitpunkt des Ausscheidens aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung zurück, so daß die Mitgliedschaft als nicht unterbrochen angesehen wird. (Hahn, Handb. der KrVers. S. 421 Anm. 3 zu § 313). Daraus folgt, daß auch die Beiträge ununterbrochen weiterzuzahlen sind und nicht etwa für die Zeit zwischen dem Ausscheiden und der Bekundung des Willens zur Weiterversicherung wegfallen.

Zur Krankenversicherung einer Reinmachefrau.

4. Nach St. Goar. Antwort: Eine unständige Beschäftigung kann nur dann in Frage kommen, wenn die Arbeitgeber wechseln. Sie liegt also nicht vor, wenn eine Frau regelmäßig am Samstag bei derselben Herrschaft die Wohnung reinigt und hin und wieder bei ihr auch Gartenarbeiten ausführt. Demnach wäre an sich die Herrschaft zur Anmeldung verpflichtet, aber offenbar besteht Versicherungsfreiheit nach der Bekanntmachung vom 17. November 1913 (ArbVers. 1913 S. 848); denn der monatliche Lohn von 4 M. dürfte kaum als erheblich für den Unterhalt angesehen werden.

Erkrankung von Kriegsteilnehmern im Ausland innerhalb dreier Wochen nach ihrem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung.

5. Nach Hagen. Frage: Können in folgenden Fällen Ansprüche an die Kasse gestellt werden? 1. Ein Mitglied scheidet aus der Krankenkasse aus und hat noch drei Wochen nach dem Ausscheiden Anspruch auf Krankenunterstützung. Es erkrankt während des Krieges im Auslande innerhalb der drei Wochen und wird in einem Lazarett im Auslande verpflegt. 2. Derselbe Fall. Das Mitglied stirbt im Auslande. 3. Der Fall wie zu 1 nur mit dem Unterschiede, daß das Mitglied nach Ablauf der drei Wochen erst nach Deutschland befördert wird. Die Erkrankung ist innerhalb der drei Wochen nach dem Ausscheiden eingetreten. Nach seiner Ueberführung in das Inland stirbt das Mitglied.

Antwort: In allen drei Fällen können, sofern aus der Satzung nichts anderes hervorgeht, keine Ansprüche gestellt werden. An sich findet § 214 RVO. auch auf Kriegsteilnehmer Anwendung. (Vgl. Hahn in der ArbVers. 1914 S. 563 und ArbVers. S. 605 Ziff. 1.) Indessen nach § 214 Abs. 3 hat der Erwerbslose, wenn er sich im Ausland aufhält, keinen Anspruch, sofern die Satzung nichts anderes bestimmt. Hierfür ist es unerheblich, ob der Aufenthalt im Ausland vorübergehend oder dauernd ist. (Vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 9b zu § 214.) Auch die Veranlassung des Aufenthalts im Ausland ist ohne Bedeutung. Nur für den Fall der freiwilligen Weiterversicherung hat das Gesetz vom 4. August 1914, betreffend Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung (ArbVers. S. 567) bestimmt, daß dem regelmäßigen Aufenthalt im Inland ein Aufenthalt im Ausland gleich gilt, der durch Einberufung zu Kriegs-, Sanitäts- oder ähnlichem Dienst verursacht ist. Das gleiche kann man, da es an einer entsprechenden Vorschrift für den Fall des § 214 fehlt, für ihn nicht annehmen. Demnach besteht auch kein Anspruch auf

Digitized by Google

Sterbegeld, wenn das Mitglied nach Ablauf der dreiwöchigen Frist im Inland stirbt; denn es fehlt hier an der Voraussetzung des § 214 Abs. 2, daß Krankenhilfe bis zum Tode geleistet worden ist.

Zur Wirksamkeit von Anträgen auf Ruhen der Rechte und Pflichten von Ersatzkassenmitgliedern.

6. Nach Lichterfelde. Antwort: Der Antrag eines Ersatzkassenmitgliedes auf Ruhen seiner Rechte und Pflichten bei der Pflichtkasse ist erst wirksam vom Tage seines Eingangs bei dieser ab. (Vgl. Hoffmann, KrVers., Anm. 3 zu § 519 RVO.) Sollte er rückwirkende Kraft vom Eintritt in die Krankenkasse ab haben, so müßte das im Gesetz besonders ausgesprochen sein. Ist der Antrag ordnungsmäßig gestellt, so ruhen damit die Rechte und Pflichten des Mitgliedes, mag dieses auch vom Arbeitgeber noch nicht gemeldet worden sein. Denn der Antrag kann gestellt werden, sobald die Mitgliedschaft bei der Pflichtkasse besteht, und sie wird nicht erst durch die Anmeldung, sondern durch den Eintritt in die versicherungspflichtige Beschäftigung begründet. Wird der Antrag bei einer unzuständigen Kasse eingereicht, so braucht er von der zuständigen nicht als rechtzeitig anerkannt zu werden, wenn er ihr nicht innerhalb der in den §§ 519, 520 vorgeschriebenen Fristen zugeht.

Weigerung einer Berufsgenossenschaft, schon von der 14. Woche ab das Heilverfahren zu übernehmen.

7. Nach Freienwalde. Antwort: Die Berufsgenossenschaft ist im Irrtum, wenn sie glaubt, daß sie deswegen, weil die Krankenkasse zur Unterstützung verpflichtet ist, es ablehnen darf, die Unfallentschädigung bereits von der 14. Woche ab zu gewähren. Vielmehr bestehen beide Verpflichtungen unabhängig voneinander. In § 558 RVO. heißt es: „Bei Verletzung sind vom Beginn der 14. Woche nach dem Unfall zu gewähren . . .“ Andererseits soll der Verletzte nicht darunter leiden, daß die Berufsgenossenschaft die Unfallentschädigung noch verzögert, z. B., weil noch nicht der Betriebsunfall festgestellt ist, und darum bestimmt § 1501, daß die Leistungspflicht der Kasse durch die Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaft nicht berührt wird. Die Kasse kann aber selbst die Feststellung der Unfallentschädigung betreiben (§ 1509), wie auch durch Beschwerde beim Reichsversicherungsamt dahin zu wirken suchen, daß die Berufsgenossenschaft ein Heilverfahren von der 14. Woche ab eintreten lasse. (Vgl. Lehmann, Anm. 4 zu § 1514.) Wird sie dazu von der Aufsichtsbehörde angehalten, so bleibt es ihr freilich immer noch unbenommen, die Erfüllung ihrer Pflichten der Krankenkasse zu übertragen, doch dann muß sie dieser die vollen nachgewiesenen Kosten erstatten (§ 1514 RVO.).

Befreiung eines beschränkt Arbeitsfähigen von der Krankenversicherungspflicht. — Ordnungswidriges Verhalten des Versicherten hebt den Ersatzanspruch des Armenverbandes nicht auf.

8. Nach K. Antwort: 1. Der Armenverband hat nach freiem Ermessen zu entscheiden, ob er seine Zustimmung zur Befreiung eines dauernd in der Arbeitsfähigkeit Beschränkten von der Versicherungspflicht geben will. Verweigert er sie, so kann die Kasse dagegen nichts tun. Ebenso wenig kann sie den beschränkt Arbeitsfähigen zwingen, einen Befreiungsantrag zu stellen. Nach der Absicht des Gesetzgebers soll für die Befreiung lediglich die Entschließung des beschränkt Arbeitsfähigen und des Armenverbandes maßgebend sein. Häufig wird freilich in solchen Fällen schon Versicherungsfreiheit nach der Bekanntmachung vom 17. November 1914 über vorübergehende Dienstleistungen (ArbVers. 1913 S. 848) bestehen. — 2. Die Kasse wird von ihrer Verpflichtung, dem Armenverband Ersatz gemäß §§ 1531 ff. RVO. zu leisten, nicht dadurch befreit, daß der Versicherte ohne ihre Genehmigung das Krankenhaus, dem er von ihr überwiesen war, und den Kassenbezirk verlassen hat und infolgedessen, als er in hilfsbedürftiger Lage aufgefunden wurde, für Rechnung des Armenverbandes in ein anderes Krankenhaus gebracht werden mußte. (Vgl. ArbVers. 1914 S. 307).

Die Dienstordnung, nicht aber die Prüfungsordnung gilt auch für die schon vorhandenen Kassenangestellten.

9. Nach Kattowitz. Antwort: Ausdrücklich bestimmt Art. 34 Einf.-Ges. zur RVO., daß die Dienstordnung auch für die bei ihrem Erlasse schon vorhandenen Kassenangestellten gilt „vorbehaltlich des § 351 Abs. 2 RVO.“; d. h.: ausgenommen sind nur die auf Probe oder vorübergehend oder zur Vorbereitung oder ohne Entgelt nur nebenher Beschäftigten. Im übrigen ist es ohne Belang, ob die schon vorhandenen Angestellten auf Grund schriftlichen Vertrages oder auf Grund nur mündlicher Abmachung angenommen waren. Nach dem KVG. bedurfte es ja keines schriftlichen Anstellungsvertrages. Auch die nur durch mündliche Abmachung Angenommenen sind daher „schon vorhandene Kassenangestellte“ und unterstehen daher der Dienstordnung. Dagegen brauchen sie sich der in der Dienstordnung oder in einer besonderen Prüfungsordnung vorgesehenen Prüfung nicht zu unterziehen. Denn diese ist doch begrifflich nur für diejenigen vorgeschrieben, welche erst angestellt werden *sollen*, nicht für Personen, die bereits angestellt *sind*.

Weiterzahlung der Dienstbezüge an Angestellte, die zum Kriegsdienst eingezogen sind.

10. Nach Geestemünde. Frage: Ueber die Weiterzahlung der Dienstbezüge bei Dienstbehinderung besagt § 12 unserer Dienstordnung: „Den Angestellten wird bei Erkrankungen, bei militärischen Dienstleistungen im Frieden (mit Ausnahme der freiwillig übernommenen) und bei sonstigen Behinderungen, die ohne ihr Zutun eintreten, für einen von Beginn der Behinderung ab laufenden Zeitraum von 12 Monaten das Gehalt weiter gezahlt.“ Wir bitten um Auskunft darüber, ob der Krieg unter den Begriff der „sonstigen Behinderungen, die ohne ihr Zutun eintreten“ fällt.

Antwort: Wir verneinen die Frage. Denn die besondere Hervorhebung militärischer Dienstleistungen *im Frieden* neben den „sonstigen Behinderungen“ kann nur den Sinn haben, daß

Digitized by Google

Dienstbehinderung durch Kriegsdienstleistung nicht hierher gehören soll. Daraus folgt aber selbstverständlich nicht etwa, daß den zum Kriegsdienst einberufenen Angestellten überhaupt kein Anspruch auf Weiterzahlung irgendwelcher Gehaltsbezüge zusteht; denn aus der Dienstordnung läßt sich nur entnehmen, daß der von ihr bestimmt begrenzte Anspruch auf Zahlung für ein volles Jahr den Kriegsteilnehmern nicht zugebilligt wird. Ob und inwieweit sie Weiterzahlung des Gehalts fordern können, bestimmt sich nach § 616 BGB. Hierüber verweisen wir auf Heft 24 S. 565.

Häusliche Gemeinschaft im Sinne des § 203 RVO. bei Dienstboten.

11. Nach Mannheim. Antwort: Der Dienstbote lebt begrifflich in der häuslichen Gemeinschaft der Dienstherrschaft, nicht seiner Angehörigen. Diese haben daher keinen Anspruch auf den Ueberschuß des Sterbegeldes nach § 203 RVO., wenn der Dienstbote bei der Herrschaft stirbt. So liegt die Sache aber auch dann, wenn der erkrankte Dienstbote aus der Häuslichkeit der Herrschaft in ein Krankenhaus gebracht worden ist und dort stirbt, ohne vorher wieder in Hausgemeinschaft mit seinen Angehörigen getreten zu sein.

a) Auch auswärts Beschäftigte gehören zur Innungskrankenkasse. b) Ortskrankenkassen werden durch Eingemeindungen nicht berührt.

12. Nach Dortmund. Antwort: a) Bei Innungskrankenkassen bestimmt sich die Pflichtmitgliedschaft nicht nach dem Beschäftigungsort, sondern nur durch die Beschäftigung im Betriebe (§ 250 Abs. 2 RVO.). Auch die auf Baustellen des Innungsmeisters außerhalb des Betriebssitzes beschäftigten Versicherungspflichtigen gehören daher zur Innungskrankenkasse. Die Vorschriften über den Beschäftigungsort kommen hierbei nicht in Betracht (Entsch. des bad. VGH. in Arb.-Vers. 1908 S. 469).

b) Orts- und Landkrankenkassen bleiben bei Eingemeindungen unverändert bestehen, bis durch Vereinigung oder Ausscheidung die Grenzen der Kassenbezirke den Grenzen der Gemeindebezirke angepaßt werden (§§ 265, 298 Ziff. 1 RVO. nebst Anm. bei Hahn). So haben auch die preußischen Minister für Handel und für Landwirtschaft sich ausgesprochen im Erlaß v. 11. März 1914 (HM. III 1980).

Keine aufschiebende Wirkung der Berufung. — Verzugszinsen von Krankengeld?

13. Nach Wunsiedel. Antwort: Das Rechtsmittel der Berufung gegen die Entscheidung des Versicherungsamts, wodurch die Kasse zur Zahlung von Krankengeld verurteilt ist, bewirkt keinen Aufschub; die Entscheidung ist daher sofort vollstreckbar (§ 130 RVO.; Hahn, Handb. der KrVers. S. 112 Anm. zu § 130 und S. 96 Anm. 5 zu § 115). Die Vorschrift in § 1710 kommt dabei nicht in Betracht, da sie im Abschnitt über das „Verfahren vor dem Reichsversicherungsamte" steht (§ 1694 ff.), also im vorliegenden Falle erst in Betracht käme, wenn ein Urteil des Oberversicherungsamts vorläge und mit der Revision angefochten würde. Ob von Forderungen aus der dem öffentlichen Recht angehörenden Arbeiterversicherung Verzugszinsen gefordert werden können, ist streitig (Hahn, S. 44 Anm. 3d zu § 28). Keinesfalls kann die Kasse zur Zahlung von Zinsen von dem rückständigen Krankengeld auf Grund des Urteils angehalten werden, wenn dieses Zinsen nicht zuspricht.

Lohnstufe der zum Kriegsdienst Einberufenen, denen ein Teil ihres Gehaltes weitergezahlt wird.

14. Nach Spandau. Antwort: Aus der Weiterzahlung des — wenngleich verminderten — Gehalts folgt, daß das versicherungspflichtige Lohnarbeitsverhältnis und folglich auch die Pflichtmitgliedschaft bei der Krankenkasse fortdauert; aber die Versicherten treten selbstverständlich in die dem verminderten Gehalt entsprechende niedere Lohnstufe über nach näherer Bestimmung des § 318 Abs. 3 RVO.

„Kassenarzt" nach dem Krankenversicherungsgesetze.

15. Nach St. Frage: Seit Jahren haben wir die in die Heimat reisenden und sich dort krank meldenden Saisonarbeiter an einen dort wohnenden bestimmten Arzt zur Behandlung verwiesen. Galt nun unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes der mit uns, ohne schriftliche Abmachung, in ständiger Geschäftsverbindung stehende Arzt, trotzdem derselbe außerhalb des Kassenbezirks wohnte, als unser Kassenarzt?

Antwort: Die Bezeichnung „Kassenarzt" ist dem Gesetze fremd. Gemeint ist vermutlich, ob die Kasse die Bezahlung eines anderen Arztes ablehnen konnte. Dies war nach § 26a Abs. 2 Ziff. 2b KVG. statthaft, wenn die Satzung vorsah, daß die ärztliche Behandlung nur durch „bestimmte" Aerzte gewährt wird. Die hiernach erforderliche „Bestimmung" brauchte nicht in der Satzung zu erfolgen, sondern war Sache der Kassenverwaltung, und konnte unter Umständen auch im Einzelfalle getroffen werden (vgl. Entsch. des bad. VGH. in ArbVers. 1907 S. 93), so namentlich für Kranke außerhalb des Kassenbezirks (vgl. über einen ähnlichen Fall: ArbVers. 1909 S. 151 Ziff. 13). Daß die Kasse mit einem bestimmten auswärtigen Arzt „in ständiger Geschäftsverbindung" steht, genügt freilich nicht: hatte sie aber im Einzelfalle oder allgemein ihre Mitglieder an jenen Arzt verwiesen, so hatten diese sich daran zu halten, und die Kasse konnte die Bezahlung verweigern, wenn ohne hinreichenden Grund ein anderer Arzt herangezogen wurde.

Bitte!

Wo besteht ein Kassenverband zur gemeinsamen Verwaltung von Krankenkassen usw.? Für die Zusendung einer Satzung des Verbandes wäre dankbar die **Allgemeine Ortskrankenkasse in Bünde (Westf.).**

Für die Redaktion verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 64.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Dippe; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe; Geh. Regierungsrat Professor Dr. Laß, Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Rat Dr. Olshausen; Geheimrat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1080 der ganzen Folge

21. Jahrgang | **21. Oktober 1914** | **Heft 30**

Ersatzansprüche der Krankenkassen an die Arbeitgeber wegen Säumnis in der An- und Abmeldung der Versicherten.

Von Regierungsrat **Seitz** in **Stuttgart.**

I. Ueber die Frage, in welcher zeitlichen Begrenzung und auf welchem Wege nach dem Inkrafttreten der RVO. noch von den Krankenkassen gegenüber den Arbeitgebern Ersatzansprüche aus § 50 KVG. geltend gemacht werden können, haben in den letzten Monaten in dieser Zeitschrift, laufender Jahrg. Heft 5 S. 127, Heft 10 S. 231, Heft 12 S. 290, Heft 15 S. 345, Heft 16 S. 369, Heft 20 S. 483 lebhafte Erörterungen stattgefunden, ohne daß bis jetzt eine restlos befriedigende Lösung gefunden worden wäre.

Am meisten zur Klärung hat wohl der Meinungsstreit zwischen Wirkl. Geh. Oberregierungsrat Dr. Hoffmann (ArbVers. Heft 15 S. 345 und Heft 20 S. 483) und Geh. Justizrat Hahn (ArbVers. Heft 16 S. 369 und Heft 20 S. 483/484) beigeteragen, aber wohl kaum in dem Sinne, daß man sich für die eine oder andere Ansicht als voll überzeugend entscheiden könnte. Beide Ansichten rufen auch noch in anderer Richtung, als dies in der gegenseitigen Bekämpfung zum Ausdruck gekommen ist, Widerspruch wach.

Um seine, wohl kaum haltbare, Ansicht, daß § 50 KVG. für alle vor 1. Januar 1914 begonnenen Beschäftigungsverhältnisse fortdauernde Gültigkeit habe, zu stützen, betont Dr. Hoffmann in seiner zweiten Erörterung (Heft 20 S. 483) nachdrücklich, daß der Ersatzanspruch aus § 50 KVG. wegen seines pönalen Charakters nicht nach den Grundsätzen des bürgerlichen Rechts zu beurteilen sei. In seinem ersten Aufsatz (Heft 15 S. 346) stellt er dagegen zur Begründung der Ansicht, daß für die nach dem 1. Januar 1914 anhängig werdenden Ersatzstreitigkeiten dieser Art die bürgerlichen Gerichte zuständig seien, den Satz auf, es handle sich bei diesen Ersatzansprüchen um rein privatrechtliche Ansprüche, für die der ordentliche Rechtsweg immer offen gestanden hätte, wenn er nicht durch § 58 KVG. beschränkt gewesen wäre. Hierin liegt m. E. ein unlöslicher Widerspruch und auf so zwiespältiger Grundlage kann eine richtige Lösung der Frage nicht wohl gefunden werden.

Hahn will in ArbVers. Heft 20 S. 483/84 die Ersatzpflicht des Arbeitgebers aus § 50 KVG. als eine Privatstrafe angesehen wissen, die der in ihrem Recht verletzten Kasse als ein Forderungsrecht zusteht; deshalb sei irrig, daß sie, wie Hoffmann annimmt, in gleicher Weise, wie die eigentliche Strafe (§ 80 KVG.) in dem Augenblick verwirkt sein müsse, in dem die Meldepflicht verletzt ist, und daß sie nicht nach den Grundsätzen des bürgerlichen Rechts zu beurteilen sei. Meines Erachtens ist auch diese Charakterisierung des Ersatzanspruches aus § 50 KVG. rechtlich nicht zutreffend. Bei einer Privatstrafe, ob sie durch Gesetz, Vertrag oder richterliches Urteil eingeräumt ist, hat stets der Strafberechtigte

Digitized by Google

völlig freie Verfügung darüber, ob er von einer Strafbefugnis Gebrauch machen will oder nicht. Das hat die Krankenkasse nicht. Sie ist verpflichtet, den Anspruch aus § 50 KVG., wenn er in seinen Grundlagen einwandfrei ist, gegenüber dem Arbeitgeber geltend zu machen. Ein Kassenvorstand, der dies nicht tat, verfehlte sich zur Zeit der Gültigkeit des KVG. gegen § 42 dieses Gesetzes und konnte von Aufsichtswegen gemäß § 45 a. a. O. gemaßregelt werden. Gerade hierin zeigt sich ganz deutlich der vollständig öffentlichrechtliche Charakter des § 50 KVG. Ganz gleichgültig, ob in dieser Bestimmung der Strafzweck oder die Entschädigungsabsicht überwog; der Gesetzgeber wollte den Ersatzanspruch der Krankenkasse dieser nicht um ihrer selbst willen einräumen, ihn nicht zu einem wohlerworbenen Recht der Krankenkasse potenzieren, sondern er hat die Bestimmung lediglich im Allgemeininteresse aus dem Grunde getroffen, weil er die Strafvorschrift des § 80 KVG. zur Erreichung der lückenlosen Erfüllung der Anmeldepflicht des § 49 KVG. nicht als genügend erachtete.

Es ist gar keine Frage: die Gesetzesbestimmung des § 50 KVG. war eine drakonische. Sie hat insbesondere in den häufigen Fällen, wo die Versäumung der Anmeldepflicht lediglich auf Fahrlässigkeit des Arbeitgebers oder gar eines Angestellten zurückzuführen war, oft sehr hart gewirkt. Sie war auch unzweckmäßig, weil sie nur in den Fällen zur Wirkung kam, in denen die nicht angemeldeten Personen erkrankten.

Die Begründung zu §§ 530 und 531 RVO. (§§ 553, 554 des II. Entw.) S. 253 spricht dies auch klar aus. Diese Fehler der alten Bestimmung werden dort direkt als Grund angeführt, weshalb im neuen Recht ein anderer Weg eingeschlagen wurde, um ordnungsmäßige Meldungen zu sichern, nämlich einmal durch wesentliche Erhöhung des Höchstbetrages der Geldstrafe, damit die Strafe je nach dem Grad des Verschuldens abgestuft werden kann, und sodann durch die Maßnahme der Bußbeiträge (§ 531 RVO), welche die Krankenkassen als Ersatz für ihre tatsächlichen oder doch möglich gewesenen Aufwendungen erhalten können.

Nachdem so der Gesetzgeber die alte Gesetzesbestimmung als ungerecht und zweckwidrig erkannt und durch neue zweckmäßigere Bestimmungen ersetzt hat, wirft sich doch die Frage auf, ob die in der RVO. vermißten Verfahrensvorschriften über die Ersatzansprüche aus § 50 KVG. nicht lediglich aus dem Grunde unterblieben sind, weil der Gesetzgeber Mittel und Wege zur Durchführung der von ihm für ungerecht und zweckwidrig erkannten Bestimmung überhaupt nicht mehr gewähren wollte, mit anderen Worten, weil er den bezüglichen neuen Vorschriften rückwirkende Kraft geben wollte.

Zwar bezeichnet Regierungsrat Dr. Smidt in seiner Veröffentlichung in der Monatsschrift für Arbeiter- und Angestellten-Versicherung, laufender Jahrgang Heft 8 Sp. 611 es für selbstverständlich, daß Rechtsansprüche, die noch unter der Herrschaft des KVG. entstanden und am 1. Januar 1914 noch nicht entschieden sind, nach dem Rechte des KVG. zu entscheiden sind, ohne Rücksicht darauf, in welcher Weise die RVO. die Streitfragen materiell regelt. Dieses „selbstverständlich" will mir aber mit den Rechtsgrundsätzen, die das RVA. seither bei der Frage der rückwirkenden Kraft neuer sozialer Gesetze zur Anwendung brachte (vergl. insbesondere die Rek.-Entsch. des erweiterten Senats Z. 1875 AN. 1901 S. 551), nicht recht vereinbar erscheinen. In letzterer Entscheidung ist hervorgehoben, daß auch da, wo eine ausdrückliche Bestimmung über die Auslegung rückwirkender Kraft nicht gegeben ist, diese im Willen des Gesetzgebers gelegen sein kann, und daß in diesem Falle der Gesetzeswille aus dem Wortsinn, der Entstehungsgeschichte und der inneren Natur, und zwar bei jeder einzelnen Vorschrift zu erforschen sei. Gerade die Entstehungsgeschichte und die innere Natur der neuen Vorschrift des § 531 RVO. scheint mir aber überzeugend für die rückwirkende Kraft derselben zu sprechen. Welchen Zweck hätte denn der Gesetzgeber damit verfolgen wollen, eine als ungerecht und zweckwidrig erkannte Gesetzesbestimmung auf Tatbestände älterer Herkunft noch fernerhin anzuwenden? Sollte ihn etwa die Scheu vor Eingriffen in wohler-

Digitized by Google

worbene Rechte hierzu veranlaßt haben? Wie schon bemerkt, handelt es sich in diesem Falle um gar kein wohlerworbenes Recht; aber auch wenn ein solches vorliegen würde, wäre dieser Titel nach der Rechtsprechung des RVA. kein Grund, die Rückwirkung auszuschließen.

Nun weiß ich wohl, daß mir (vergl. Dr. Astfalck in ArbVers. 1914 Heft 10 S. 231) entgegengehalten werden kann, daß in der Begründung zu Art. 5 des EinfGes. zur RVO. ausdrücklich ausgesprochen sei, „die alten Gesetze wirken insofern weiter, als die nach ihnen erworbenen Ansprüche oder Anwartschaften erhalten bleiben" (Begr. S. 23). Ich kann diesen Einwand aber nicht gelten lassen. Schon die Koppelung „Ansprüche oder Anwartschaften" laßt genügend erkennen, daß der Gesetzgeber damit nichts anderes gemeint hat, als die Ansprüche oder Anwartschaften des Versicherten aus dem Versicherungsverhältnis. Mit anderen Worten, der Versicherte sollte der Vorteile, die ihm aus dem Versicherungsverhältnis nach seitherigem Recht erwachsen sind, nicht verloren gehen. Mit viel mehr Recht ließe sich dieser Einwand gegen die neueste Entscheidung des RVA. über Gesetzesrückwirkung, in der das Erlöschen der Krankenversicherungsberechtigung, wenn die Einkommensgrenze von 4000 M. schon vor dem 1. Januar 1914 überschritten war, ausgesprochen wurde (vergl. Gr.-Entsch. 1867, AN. 1914 S. 593), geltend machen. Diese letztere Entscheidung halte auch ich, mit Hahn, für sehr anfechtbar. Immerhin mag aus ihr entnommen werden, daß meine Auslegung der Gesetzesrückwirkung sich weit innerhalb der Grenzen der vom RVA. geübten Gesetzesauslegung hält.

Noch eine weitere Erwägung führt zu dem gleichen Ergebnis. Man mag den § 50 KVG. ansehen wie man will: eine Wechselbeziehung desselben zu § 81 dieses Gesetzes wird man so wenig in Abrede ziehen können, wie eine solche zwischen § 530 und 531 RVO. Sie stehen zu einander im Verhältnis der gegenseitigen Ergänzung. Es ist daher gewiß kein Zufall, wenn in einzelnen der über unser Thema veröffentlichten Erörterungen auch die Strafvorschriften des § 81 KVG. und § 530 RVO. erwähnt worden sind.

Mit dem Inkrafttreten der RVO. auf dem Gebiet der Krankenversicherung hat die Verletzung der Meldepflicht aufgehört, ein kriminelles Unrecht zu sein. Sie ist zu einer Verwaltungswidrigkeit geworden. An die Stelle einer gerichtlichen Uebertretungsstrafe im Sinne des Reichsstrafgesetzbuches ist eine verwaltungsstrafrechtliche Ordnungsstrafe getreten. Dies bedeutet nicht etwa eine nach § 2 RStrGB. zu beurteilende Verschiedenheit der Strafdrohung, sondern eine Verschiedenheit des Rechtscharakters der Strafe, eine Wesensverschiedenheit. Aus § 81 KVG. kann hiernach nach dem 1. Jan. 1914, auch wenn man geneigt wäre, ihn als das gegenüber dem § 530 RVO. mildere Strafgesetz anzusehen, eine Strafe nicht mehr geschöpft werden, nach dem das allgemeine Strafrecht beherrschenden Grundsatz nulla poena sine lege.

Bei den vor dem 1. Januar 1914 begangenen Meldeversäumnissen ist aber die in der Verletzung des § 49 KVG. liegende Verwaltungswidrigkeit als solche bestehen geblieben. Es ist nun nicht anzunehmen, daß der Gesetzgeber bei Schöpfung des § 530 RVO. die Absicht hatte, die gleiche Verwaltungswidrigkeit, wegen der er diese verwaltungsstrafrechtliche Bestimmung für nötig erachtet hatte, während einer Uebergangszeit völlig straffrei zu lassen. Dies um so weniger, als die verwaltungsrechtliche Ordnungsstrafe mit ihrem Opportunitätsprinzip weniger eine Sühne für die in der Vergangenheit liegende Verfehlung, als die Erziehung zu ordnungsmäßigem Verhalten in der Zukunft bezweckt. Aus diesen Erwägungen kommt man zu dem Ergebnis, daß dem § 530 RVO. für die vor dem 1. Jan. 1914 begangenen, auf Grund des § 81 KVG. nicht mehr abrügbaren Meldeversäumnissen rückwirkende Kraft zukommt. Bei dem engen Zusammenhang zwischen § 530 und 531 Abs. 2 KVG. wird diese rückwirkende Kraft auch auf § 531 Abs. 2 RVO. erstreckt werden müssen, d. h. der Krankenkasse wird das Recht zuerkannt werden müssen, auch in diesen Fällen einen Buß-

Digitized by Google

beitrag in Höhe des Ein- bis Fünffachen der rückständigen Beiträge aufzuerlegen.

Wenn die Krankenkasse aber dieses Recht hat, so hat daneben ein Ersatzanspruch aus § 50 KVG. keinen Platz mehr; denn der Gesetzgeber kann unmöglich gewollt haben, daß die von ihm als Härte erkannte Bestimmung des § 50 KVG. während einer Uebergangszeit noch verschärft werde durch gleichzeitige Anwendung des § 531 Abs. 2 RVO.

Zu den §§ 530 und 531 RVO. sind m. W. bis jetzt keine Entscheidungen ergangen, welche zu den hier erörterten Fragen Stellung genommen hätten. Wohl aber läßt die zu der entsprechenden Bestimmung des Invalidenversicherungsrechts (§ 1488 RVO.) ergangene grundsätzliche Entscheidung Z. 1811 (AN. 1914 S. 383) erkennen, daß die bei der Sache beteiligte Versicherungsanstalt für den § 1488 Abs. 1 Satz 2 RVO. eine nach Beschaffenheit des Falles allerdings etwas anders gelagerte Rückwirkung angenommen hat, ohne daß das RVA. Anlaß genommen hätte, hiergegen Stellung zu nehmen.

Hiernach komme ich zu dem Ergebnis, daß, soweit nicht vor dem 1. Januar 1914 ergangene Entscheidungen Rechtskraft erlangt haben, nach diesem Termin keine Möglichkeit mehr besteht, einen Ersatzanspruch aus § 50 KVG. mit Erfolg durchzuführen, daß dagegen die Krankenkassen auch bezüglich der vor dem 1. Januar 1914 begangenen Meldeversäumnisse befugt sind, Bußbeiträge im Sinne des § 531 Abs. 2 RVO. aufzuerlegen.*)

Bei diesem Ergebnis spielt natürlich die Verfahrensfrage nur noch eine untergeordnete Rolle. Wird ein Zivilgericht mit einem solchen Anspruch befaßt, so wird dieses sich nach meinem Dafürhalten für sachlich unzuständig erklären müssen. Der von Dr. Hoffmann vertretene, von Hahn in ArbVers. Heft 16 S. 370 am Schluß noch schärfer zum Ausdruck gebrachte Standpunkt, daß jeder rein vermögensrechtliche Anspruch, auch wenn er auf öffentlichrechtlichem Grunde erwachsen ist, zweifellos einen bürgerlichen Rechtsstreit im Sinne des § 13 des Gerichtsverfassungsgesetzes darstelle, wird von den Anhängern einer zielbewußten Fortentwicklung und Verselbständigung des öffentlichen Rechts und insbesondere des Gebiets der Verwaltungsrechtspflege nicht geteilt werden können. Es würde aber zu weit führen, diese, die Abgrenzung der Zivilgerichtsbarkeit von der Verwaltungsgerichtsbarkeit aufrollende Frage hier weiter zu verfolgen.

Die Versicherungsbehörden werden einen Anspruch aus § 50 KVG., gleichviel, ob er im Beschluß- oder im Spruchverfahren geltend gemacht wird, als im Gesetz nicht mehr begründet abzuweisen haben.*)

II. Bei einer Verletzung der Abmeldepflicht ist zur Zeit der Gültigkeit des KVG. ein Ersatzanspruch der Krankenkasse für die infolge der unterlassenen Abmeldung gewährte Krankenunterstützung gegenüber dem Arbeitgeber auf Grund des § 823 Abs. 2 BGB. angenommen worden. Ob ein solcher Ersatzanspruch dem allgemeinen Rechtsempfinden entsprach, ist mir zweifelhaft. Ich kenne mehrere Fälle, wo die betr. Krankenkasse ihren Ersatzanspruch, obwohl sie hierzu verpflichtet gewesen wäre, nicht geltend gemacht hat, weil sie hierin eine durch nichts gerechtfertigte Härte gegenüber dem Arbeitgeber erblickte. Es ist auch nicht zu verkennen, daß ein solcher Ersatzanspruch, insbesondere in den Fällen, wo eine Unterbrechung des Beschäftigungsverhältnisses mit der Aussicht auf spätere Fortsetzung stattfand, oder wo ein Meldeversehen eines Angestellten vorlag, recht hart wirkte. Häufig war der Arbeitgeber des guten Glaubens, eine Weiterbezahlung der Beiträge durch ihn ersetze die freiwillige Weiterversicherung des aus der Beschäftigung austretenden Kassenmitgliedes und sei daneben noch ein gutes Werk, das die besondere Anerkennung der Kasse und der Versicherungsbehörden verdiente. Diese besondere Aner-

*) Anmerkung der Schriftleitung: Zu vergl. unsere Auskunft 1914 S. 127.

*) Anmerkung der Schriftleitung: Zu vergl. dagegen die Entscheidung des Versicherungsamts Karlsruhe in dem vorliegenden Hefte.

Digitized by Google

kennung bestand dann darin, daß die Beiträge umsonst bezahlt waren, wegen Nichtabmeldung Strafe erfolgte und für einen etwaigen Unterstützungsaufwand Ersatz beansprucht wurde.

Wie weit im Volk die Meinung verbreitet war, daß die Weiterbezahlung der Krankenkassenbeiträge durch den Arbeitgeber die Fortdauer des Versicherungsverhältnisses bewirke, hat sich neuerdings noch, aus Anlaß des Kriegsausbruchs gezeigt, wo in vielen Zeitungen den Arbeitgebern der gute Rat erteilt wurde, ihre Arbeiter nicht von der Kasse abzumelden, sondern die Beiträge für sie aus eigener Tasche fortzubezahlen, ohne daß hierbei darauf aufmerksam gemacht worden wäre, daß erste Voraussetzung für eine rechtsgültige freiwillige Weiterversicherung eine bezügliche Willenserklärung des Versicherten selbst ist. Nach dem Gesagten bin ich nicht der Ueberzeugung, daß die Anerkennung fraglichen Ersatzanspruchs aus § 823 Abs. 2 BGB. ein besonders glücklicher Gedanke gewesen ist; noch weniger glaube ich, daß eine Rechtsnotwendigkeit für diese Anerkennung vorlag. Ich gebe aber zu, daß im Anschluß an die Rechtsprechung des Reichsgerichts die Ansicht, daß ein solcher Ersatzanspruch bestehe, sowohl bei den bürgerlichen als bei den Verwaltungsgerichten die herrschende geworden ist.

Hahn nimmt in seinem Kommentar zur RVO. S. 696 an, daß ein solcher Ersatzanspruch auch nach dem Recht der RVO. noch geltend gemacht werden könne. Dieselbe Ansicht vertritt Amtmann Dr. Schmid in Biberach in einem Aufsatz in der „Reichsversicherungspraxis", laufender Jahrgang Heft 18 S. 193 ff. Meines Erachtens mit Unrecht. Durch die RVO. ist die Rechtslage in mehreren Beziehungen eine wesentlich andere geworden. Ob ein Gesetz ein Schutzgesetz im Sinne des § 823 Absatz 2 BGB. ist oder nicht, läßt sich nicht im Wege der Auslegung des § 823 Abs. 2 BGB., sondern nur aus dem betr. Gesetz selbst beurteilen. Wenn der Wille des betr. Gesetzes mit Sicherheit dahin zu ergründen ist, daß es die Folgen seiner Verletzung ausschließlich und erschöpfend selbst bestimmen wollte, so ist kein Raum mehr für Anwendung des § 823 Abs. 2 RVO. Da kommt nun in erster Linie in Betracht, daß, während nach dem KVG. die Nichtabmeldung eines Kassenmitglieds nicht bloß eine Rechtswidrigkeit, sondern sogar ein kriminelles Unrecht war (vgl. §§ 49 und 81 KVG.), nach der RVO. beides nicht mehr der Fall ist. § 317 RVO. ist eine reine Ordnungsvorschrift (vgl. Dr. Hoffmann im Hanow'schen Komm. zur RVO. 2. Aufl. 2. Buch S. 380, Anm. 8 zu § 317), seine Verletzung ist keine Rechtswidrigkeit, sondern eine Verwaltungswidrigkeit, und im Hinblick auf die neuen Bestimmungen in § 317 Abs. 2 und 3 auch das nicht unter allen Umständen. An Stelle der auf dem Legitimitätsprinzip beruhenden gerichtlichen Uebertretungsstrafen ist eine auf dem Opportunitätsprinzip aufgebaute verwaltungsrechtliche Ordnungsstrafe getreten. Damit anerkennt die RVO., daß es Fälle der Nichtabmeldung von Kassenmitgliedern gibt, bei denen nicht einmal die von ihr selbst geschaffene Säumnisfolge gerechtfertigt erscheint. Noch viel weniger kann sie dann aber einen Ersatzanspruch aus § 823 BGB. als Säumnisfolge allgemein gewollt haben. Daß reine Ordnungsvorschriften nicht unter die Schutzgesetze im Sinne des § 823 Abs. 2 BGB. fallen, ist übrigens auch vom Reichsgericht 3. Zivilsenat im Urteil vom 4. 2. 10 (Reichsgerichtsentsch. in Zivils. Bd. 72 S. 488 ff.) anerkannt worden.

Wie sodann Dr. Schmid in seinem Aufsatz selbst betont, hat die RVO. im Unterschied vom KVG. deutlich zum Ausdruck gebracht, daß sie die Unterlassung der Anmeldung für eine schwerere Säumnis erachtet, als die Unterlassung der Abmeldung. Sie hat aus diesem Grunde in § 530 Abs. 1 und 2 ein verschiedenes Strafmaß eingeführt. Bei der Säumnis der Anmeldung hat die RVO. aber den nach § 50 KVG. gegebenen Ersatzanspruch als ungerecht und hart abgeschafft. Sollte sie demgegenüber bei der Nichtabmeldung als der leichteren Verfehlung einen Ersatzanspruch aus § 823 Abs. 2 BGB. haben zulassen wollen? Das ist doch gewiß nicht anzunehmen. Gerade

Digitized by Google

bei der Erörterung der unterschiedlichen Bewertung der An- und Abmeldeversäumnisse im neuen Recht hat ein Regierungsvertreter in der Kommissionssitzung (Komm.-Ber. zum II. Buch S. 492) anerkannt, daß auch bei der Nichtabmeldung im einzelnen Fall eine Schädigung der Kasse möglich sei; er hat dann aber hervorgehoben, daß ein solcher Ausnahmefall reichlich ausgeglichen werde durch andere Fälle, in denen die Beiträge infolge unterlassener Abmeldung ohne jede Gegenleistung fortentrichtet würden, indem eine Erkrankung nicht eintrete.

Diese Erklärung läßt deutlich erkennen, daß es der Regierung ganz ferne lag, der Krankenkasse bei Abmeldeversäumnissen einen Ersatzanspruch zuzuerkennen. Sie hat im Reichstag keinerlei Widerspruch gefunden und legt die Tatsache, daß gar kein Bedürfnis nach einem solchen Ersatzanspruch besteht, so überzeugend dar, daß es weiterer Worte zur Widerlegung der gegenteiligen Ansicht nicht mehr bedarf.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Unzulässigkeit einer Vorentscheidung nach mündlicher Verhandlung vor der Spruchkammer.

Rek.-Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 30. Dezember 1913 (2731 Amtl. Nachr. 1914 S. 625).

Daß eine Vorentscheidung durch den Vorsitzenden der Spruchkammer des Oberversicherungsamts dann nicht mehr zulässig ist, wenn in der Sache bereits eine mündliche Verhandlung vor der Spruchkammer stattgefunden hat, ist allerdings nicht ausdrücklich in der Reichsversicherungsordnung ausgesprochen worden. Nach dem Wortlaut des § 1657 RVO. kann der Vorsitzende in allen Sachen ohne mündliche Verhandlung eine Vorentscheidung treffen, was indessen nur dahin verstanden werden kann, daß das Gesetz hinsichtlich der Art der zur Entscheidung kommenden Sachen keinerlei Einschränkung will. Nicht dagegen ist die Bestimmung dahin auszulegen, daß der Vorsitzende auch in jeder Lage des Verfahrens allein die Entscheidung treffen kann. Die Richtigkeit dieser Auffassung erhellt mit Sicherheit aus der Entstehungsgeschichte des § 1657. Schon der § 1649 des ersten Entwurfs einer Reichsversicherungsordnung hatte dem Vorsitzenden des Versicherungsamts das Recht eingeräumt, in bestimmt bezeichneten Sachen der Unfallversicherung und der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung ohne mündliche Verhandlung zu entscheiden. Der zweite Entwurf gab im § 1612 dem Vorsitzenden des Versicherungsamts nur die Möglichkeit, in Kranken- und Unfallversicherungssachen verspätete oder unzulässige Anträge auf Entscheidung des Versicherungsamts ohne mündliche Verhandlung zurückzuweisen. Nach § 1640 des zweiten Entwurfs sollte diese Vorschrift auch für das Verfahren über Berufungen gelten. In den Kommissionsverhandlungen wurde aber beantragt, dem Vorsitzenden des Versicherungsamts die Möglichkeit einzuräumen, über Leistungen der Krankenversicherung in gewissen Fällen auch sachlich ohne mündliche Verhandlung zu entscheiden oder eine Entscheidung durch Vorbescheid zu treffen. Der Antragsteller begründete seinen Antrag mit der Ausführung, es handele sich um den Versuch, den Vorbescheid, der sich im preußischen Verwaltungsstreitverfahren gut bewährt habe, auch hier einzuführen. Nachdem sich mehrere Kommissionsmitglieder mit dem Grundgedanken des Antrags einverstanden erklärt hatten, erklärte auch der Staatssekretär des Innern, man könne sich grundsätzlich mit dem Zweck des Antrags, daß die Sachen, welche eine mündliche Verhandlung nicht erforderten, von vornherein von ihr ferngehalten würden, einverstanden erklären, und daß, wie im preußischen Verwaltungsrecht, in allen Sachen, die eilig seien oder die klar lägen, der Vorsitzende einen Vorbescheid erlassen könne. Zu Schädigungen könne der Vorbescheid nicht führen, weil immer der Antrag auf mündliche Verhandlung offenstehe. Zudem bilde sich, wie die preußische Verwaltungspraxis zeige, sehr bald der erforderliche Takt bei Beurteilung der Sachen heraus, der angemessen unterscheide, wo Erlaß des Vorbescheids angezeigt sei und wo nicht. Ein Antrag, die neue Vorschrift nicht in das Berufungsverfahren zu übernehmen, wurde in der Kommission abgelehnt. Den Bedenken gegenüber, es möchte ein solches Verfahren vor dem Oberversicherungsamte zu einer Verschleppung der Sache führen, wurde wiederum auf das preußische Verwaltungsstreitverfahren verwiesen, daß dieselbe Bestimmung auch für die höhere Instanz habe. Schließlich wurde die Bestimmung über die Vorentscheidung in der allgemeinen Fassung des

Digitized by Google

§ 1619b (§ 1657 RVO.) angenommen. Diese Entstehungsgeschichte zeigt also, daß für die §§ 1657 ff. die Vorschriften des preußischen Gesetzes über die allgemeine Landesverwaltung vom 30. Juli 1883 als Vorbild gedient haben. Der entsprechende § 64 des preußischen Gesetzes bestimmt aber, daß die Klage durch Bescheid zurückgewiesen werden kann, wenn sich der erhobene Anspruch sofort als rechtlich unzulässig oder unbegründet herausstellt. Daraus ergibt sich ohne weiteres, daß dieser Bescheid nur zu Beginn des Verfahrens zulässig ist. Unverkennbar ist demnach auch in dem Verfahren nach der Reichsversicherungsordnung die gesetzgeberische Absicht bei Einführung der Vorentscheidung die gewesen, daß in eiligen und klarliegenden Sachen an Stelle der mündlichen Verhandlung alsbald eine Vorentscheidung gefällt werden könne, nicht dagegen auch noch dann, wenn die Sache bereits verhandelt worden ist. An den Wortlaut des preußischen Gesetzes hatte sich übrigens schon die Kaiserliche Verordnung vom 1. Dezember 1890, betreffend das Verfahren vor den auf Grund des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes errichteten Schiedsgerichten (Amtl. Nachr. J. u. A. V. 1891 S. 11), im § 6 angelehnt, in dem bestimmt ist, daß der Vorsitzende Berufungsanträge, die sich sofort als rechtlich unzulässig oder offenbar unbegründet herausstellten, durch einen mit Gründen zu versehenden Bescheid zurückweisen konnte, gegen den der Antrag auf mündliche Verhandlung zulässig war. Daß bei der Vorschrift der Reichsversicherungsordnung (§ 1657) an eine Vorentscheidung nach mündlicher Verhandlung nicht gedacht war, geht auch daraus hervor, daß der Staatssekretär des Innern in der Reichstagskommission darauf hinwies, daß es zweckmäßig sei, geeignete Sachen von vornherein von der mündlichen Verhandlung fernzuhalten. Bemerkt mag endlich noch werden, daß auch in der Literatur von keiner Seite die Ansicht vertreten wird, daß eine Vorentscheidung noch nach mündlicher Verhandlung erlassen werden könne.

Unfall- und Invalidenversicherung; Ersatzanspruch; mitbeteiligter Versicherungsträger.

Rev.-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 11. Mai 1914 (1882 Amtl. Nachr. 1914 S. 646).

Der Gipser Johann G. in W. bezieht seit dem 1. August 1912 wegen Verlustes des rechten Auges, Versteifung des rechten Schultergelenkes, Lungenblähung und Magenleidens auf Grund Bescheids der Landesversicherungsanstalt B. vom 14. Oktober 1912 eine Invalidenrente im Jahresbetrage von 176,40 M. (monatlich 14,70 M.). Der Verlust des rechten Auges ist durch einen Unfall vom 5. September 1910 verursacht, für den G. von der Tiefbau-Berufsgenossenschaft eine Teilrente von 33⅓ v. H. im Jahresbetrage von 122,22 M. bezieht. Am 12. Dezember 1912 gewährte die Tiefbau-Berufsgenossenschaft für die Zeit vom 16. Oktober 1912 bis 30. November 1912 die Vollrente, weil G. während dieser Zeit infolge Verschlimmerung der Unfallfolgen (Eiterung der Augenhöhle) ärztliche Hilfe in Anspruch nahm und ganz erwerbsunfähig war. Da für die genannte Zeit die Unfallfolgen für sich allein Invalidität bedingten, beanspruchte die Landesversicherungsanstalt B. Ersatz aus der Unfallrente in Höhe von 22,29 M., der auch von der Tiefbau-Berufsgenossenschaft befriedigt wurde, die ihrerseits am 31. Dezember 1912 eine entsprechende Kürzung der Unfallrente vornahm. Am 14. Januar 1913 ersuchte der Vorstand der Landesversicherungsanstalt B. das Versicherungsamt W., dem Rentenempfänger G. zu eröffnen, daß ihm nach § 1522 RVO. für die Zeit vom 16. Oktober 1912 bis 30. November 1912 ein Anspruch auf Invalidenrente nicht zustehe und ihr daher die Invalidenrente für die genannte Zeit mit 22,29 M. aus der Unfallrente zu ersetzen gewesen sei. Gleichzeitig veranlaßte die Landesversicherungsanstalt das Versicherungsamt zur Abgabe eines Gutachtens über die Frage, ob die Voraussetzungen des § 1522 RVO. gegeben seien. G. erklärte am 1. Februar 1913, er könne nicht anerkennen, daß ihm für die fragliche Zeit keine Invalidenrente zustehe. Nachdem das Versicherungsamt und die Versicherungsvertreter ein Gutachten im Sinne der Auffassung der Landesversicherungsanstalt erstattet hatten, erteilte der Vorstand der Landesversicherungsanstalt am 30. April 1913 dem G. berufungsfähigen Bescheid des Inhalts, daß ihm für die Zeit vom 16. Oktober 1912 bis 30. November 1912 ein Anspruch auf Invalidenrente nicht zustehe, und daß daher die Invalidenrente für die genannte Zeit der Landesversicherungsanstalt aus der Unfallrente zu ersetzen gewesen sei.

Gegen diesen Bescheid legte G. Berufung bei dem Oberversicherungsamt in K. ein. Dieses trat in der Hauptsache den Gründen des angefochtenen Bescheids bei, berechnete aber den Ersatzanspruch auf 22,05 M. Es wies daher durch Urteil vom 5. Juli 1913 die Berufung unter Anerkennung des Ersatzanspruchs bis zur Höhe von 22,05 M. mit der Maßgabe zurück, daß dem Berufungskläger von der Landesversicherungsanstalt B. 24 Pf. zurückzuersetzen seien.

Gegen dieses Urteil legte G. Revision beim Reichsversicherungsamt ein. Auf die Ausführungen in seinen Schriftsätzen wird Bezug genommen. Das Reichsversicherungsamt veranlaßte die Zustellung der Revisionsschrift an die Landesversicherungsanstalt B. und die Tiefbau-Berufsgenossenschaft, deren Vorstände indessen Erklärungen nicht abgegeben haben. Der Bescheid der Versicherungsanstalt und das Urteil des Oberversicherungsamts wurden aufgehoben aus folgenden Gründen:

Da für das Großherzogtum B. ein Landesversicherungsamt besteht und der Bezirk der Landesversicherungsanstalt B. sich nicht über das Gebiet des Großherzogtums B. hinaus erstreckt, wohl aber der Bezirk der Tiefbau-Berufsgenossenschaft, so ist nach § 1708 Abs. 2 Satz 2 RVO. das Reichsversicherungsamt zur Entscheidung über das Rechtsmittel nur zuständig, wenn das Spruchverfahren der Reichsversicherungsordnung gegeben und die Tiefbau-Berufsgenossenschaft an diesem

Digitized by Google

Verfahren mitbeteiligt ist. — Beides ist hier der Fall.

Die Landesversicherungsanstalt B. hat nach § 1522 Abs. 3 RVO. von der Tiefbau-Berufsgenossenschaft Ersatz aus der Unfallrente beansprucht und erhalten, weil für die Zeit vom 16. Oktober 1912 bis 30. November 1912 der Rentenempfänger die Unfallrente bewilligt erhalten hat, diese höher ist als die Invalidenrente und die Unfallfolgen allein schon die Invalidität bedingten. Dem hat der Rentenberechtigte widersprochen. Es handelt sich also um ein Bestreiten der Rechtmäßigkeit eines nach § 1522 Abs. 3 Satz 1 RVO. geltend gemachten Ersatzanspruchs, und zwar um einen Streit über die Rückforderung vermeintlich zu Unrecht überwiesener Rentenbeträge. Da der Rentenberechtigte vor der Befriedigung des Ersatzanspruchs durch die Berufsgenossenschaft nicht gehört worden ist, konnte er damals Einwendungen gegen die Befriedigung dieses Anspruchs nicht erheben. Er kann daher seine Rechte nur nachträglich geltend machen, indem er behauptet, daß die Landesversicherungsanstalt zu Unrecht einen Rentenbetrag empfangen habe, der an sich ihm zukommen müßte. Die Entscheidung darüber, ob dem Rentenberechtigten ein Anspruch auf den an die Landesversicherungsanstalt gezahlten Unfallrententeilbetrag zusteht, hängt in erster Linie davon ab, ob eine Verpflichtung der Berufsgenossenschaft zur Zahlung des Betrags bestanden, die Berufsgenossenschaft also eine Schuld bezahlt hat. Die für diese Frage in Betracht kommenden Rechtsgründe sind durchweg nach der Reichsversicherungsordnung zu beurteilen. Es muß daher, da für den Hauptanspruch, die Geltendmachung des Ersatzanspruchs, der Rechtsweg ausgeschlossen und das Spruchverfahren vor den Versicherungsbehörden gegeben ist (§ 1526 RVO.), auch für die Klage auf Rückgängigmachung eines zu Unrecht befriedigten Ersatzanspruchs das Spruchverfahren vor den Versicherungsbehörden eröffnet sein (zu vgl. Entsch. des Reichsger. in Zivils. Bd. 25 S. 302; Entsch. des preuß. OVG. Bd. 42 S. 327). Auch hier liegt also ein Streit über einen Ersatzanspruch im Sinne des § 1526 RVO. vor, der im Spruchverfahren, und zwar in dem für andere Spruchsachen vorgesehenen Verfahren (§ 1771 RVO.) zu entscheiden gewesen wäre (zu vgl. Lehmann, Kom. zur RVO. 3. Aufl. Bd. 5 S. 50 Anm. 7 a zu § 1515, S. 81 Anm. 4 b zu § 1526). Für die Einleitung eines Invalidenrenten-Feststellungsverfahrens war hiernach kein Raum (zu vgl. für das Recht des JVG. Revisionsentsch. 1070, Amtl. Nachr. des RVA. 1903 S. 519). Dieses wäre nur dann geboten gewesen, wenn die Invalidenrente als solche eingestellt worden wäre (zu vgl. Lehmann a. a. O. S. 70 Anm. 12 c zu § 1522, S. 81 Anm. 4 a zu § 1526). Das ist hier aber nicht der Fall. Denn die Invalidenrente war für die Zeit vom 16. Oktober 1912 bis 30. November 1912 bereits bezahlt, konnte also nicht mehr eingestellt werden. Für diese Zeit bestand auch ein Anspruch auf Invalidenrente nach § 1255 und § 1522 Abs. 1 Satz 2 RVO. (zu vgl. Revisionsentscheidung 1766, Amtl. Nachr. des RVA. 1913 S. 742, Entsch. und Mitt. RVA. Bd. I S. 386 Nr. 217). Dieser Anspruch konnte nicht nachträglich untergehen, weil später Unfallvollrente gewährt wurde. Vielmehr ist für diesen Fall des Zusammentreffens zweier an sich begründeter Ansprüche dem Träger der Invalidenversicherung im § 1522 Abs. 3 Satz 1 RVO. ein Ersatzanspruch eingeräumt, weil der Versicherte für dieselbe Erwerbsunfähigkeit keine doppelte Entschädigung beziehen soll. Für die Zeit nach dem 30. November 1912 kommt eine Anwendung des § 1522 Abs. 1 RVO. nicht in Betracht, weil für die Zeit nach dem 30. November 1912 ein Anspruch auf die Unfallvollrente nicht bestand.

Wer an einem Rechtsstreit beteiligt ist, bestimmt sich regelmäßig nach materiellem Rechte (zu vgl. die Revisionsentsch. 1880). Ob ein Versicherungsträger nach § 1708 Abs. 2 RVO. mitbeteiligt ist, ist gleichfalls eine Frage des materiellen Rechtes. Er kann daher im Sinne des § 1708 Abs. 2 Satz 2 a. a. O. auch dann „mitbeteiligt" sein, wenn er an dem bisherigen Verfahren nicht teilgenommen hat (zu vgl. auch Handb. der UV. 3. Aufl. Bd. I S. 619 Anm. 4 zu § 127 GUVG.). An dem vorliegenden Rechtsstreit ist die Tiefbau-Berufsgenossenschaft materiellrechtlich beteiligt. § 1522 Abs. 3 RVO. weicht von der Vorschrift des früheren Rechtes, dem § 113 Abs. 2 JVG., insofern wesentlich ab, als nunmehr der Versicherungsanstalt statt des Rechtsüberganges kraft Gesetzes ein Anspruch auf Ersatz aus der Unfallrente eingeräumt ist. Bereits in der oben angeführten Revisionsentscheidung 1880 hat das Reichsversicherungsamt grundsätzlich dahin Stellung genommen, daß der einem Armenverbande nach § 1531 RVO. zustehende Ersatzanspruch ohne Zustimmung des Rentenberechtigten oder eine diese ersetzende rechtskräftige Entscheidung nicht mit Wirkung gegenüber dem Rentenberechtigten befriedigt werden kann. Was für § 1531 RVO. gilt, muß gleichermaßen auch bei § 1522 Abs. 3 a. a. O. Anwendung finden, da die Reichsversicherungsordnung im Anschluß an die Regelung des § 49 JVG. und des § 25 GUVG. und im bewußten Gegensatze zu § 113 Abs. 2 JVG. sowie § 57 Abs. 2 KVG. für alle Fälle des Ausgleichs zwischen den verschiedenen Ansprüchen aus der Reichsversicherung und aus der Verpflichtung der Armenverbände zur Unterstützung Hilfsbedürftiger den Ersatzanspruch an Stelle des Rechtsüberganges kraft Gesetzes einheitlich durchgeführt hat (zu vgl. die Begr. zum Entw.

Digitized by Google

einer RVO. S. 438 und die oben abgedruckte Revisionsentsch. 1881). Der Träger der Unfallversicherung kann also im Falle des § 1522 Abs. 3 Satz 1 RVO. ohne Einwilligung des Rentenberechtigten nicht mit Wirksamkeit diesem gegenüber über seine Unfallrente verfügen und einen von einer Versicherungsanstalt erhobenen Ersatzanspruch befriedigen. Nachdem jedoch die Berufsgenossenschaft dem Verlangen der Versicherungsanstalt ohne Einholung der Zustimmung des Rentenberechtigten entsprochen und sich ihrerseits durch Kürzung der Unfallrente dem Rentenberechtigten gegenüber schadlos gehalten hat, ist sie materiell daran interessiert, daß der Widerspruch des G. gegen den Ersatzanspruch der Versicherungsanstalt für unbegründet erachtet wird. Denn wenn die Befugnis der Versicherungsanstalt zur Inanspruchnahme der Unfallrente im Ersatzstreitverfahren verneint werden sollte, dann braucht sich der Verletzte die Kürzung seiner Rente nicht gefallen zu lassen. Die tatsächlich erfolgte Kürzung ist unzulässig und daher unbeachtlich (zu vgl. Handbuch der UV. 3. Aufl. Bd. I S. 331 Anm. 8 zu § 25 GUVG.).

Da das ganze bisherige Verfahren nicht nach den Vorschriften des Gesetzes durchgeführt worden ist, so war der Bescheid der Versicherungsanstalt und das Urteil des Oberversicherungsamts aufzuheben. Letzteres mußte auch insoweit aufgehoben werden, als die Versicherungsanstalt verurteilt worden ist, dem Rentenbewerber den Betrag von 24 Pf. zurückzuerstatten. Denn die Aufhebung der Vorentscheidung erfolgt nicht aus materiellen Gründen, sondern wegen Unzulässigkeit des Feststellungsverfahrens. Die Grundsätze über die Wirkung der formellen Rechtskraft und des Verbots der sogenannten reformatio in pejus greifen bei der Entscheidung des Oberversicherungsamts nicht durch, weil diese Entscheidung wegen eines von Amts wegen zu berücksichtigenden Mangels in den Prozeßvoraussetzungen des öffentlichen Rechts der Aufhebung unterlag (zu vgl. Gaupp-Stein, Kom. zur ZPO. Anm. II zu § 536 und Anm. I zu § 579).

Sollte der Rentenberechtigte seinen Widerspruch gegen die Befriedigung des Ersatzanspruchs weiter aufrechterhalten, so wäre seine Erklärung vom 1. Februar 1913 als Antrag auf Entscheidung im Spruchverfahren an das zuständige Versicherungsamt zur weiteren Veranlassung nach §§ 1526, 1771 ff. der Reichsversicherungsordnung abzugeben.

B. Zur Krankenversicherung.

Ansprüche aus § 50 KVG. sind seit 1. Januar 1914 nur auf dem ordentlichen Rechtsweg zu verfolgen.

Entsch. des Großherzogl. Versicherungsamts Karlsruhe vom 22. August 1914.

Nach § 50 KVG. haben Arbeitgeber, welche der ihnen obliegenden Anmeldepflicht nicht genügen, die Aufwendungen zu erstatten, welche die Krankenkasse in einem vor der Anmeldung eingetretenen Unterstützungsfall gemacht hat. Die Entscheidung über diese Erstattungsansprüche ist in § 58 der Aufsichtsbehörde übertragen; sie kann im Wege des Verwaltungsstreitverfahrens angefochten werden.

Durch § 83 der BVO. des Ministeriums des Innern vom 31. Dezember 1912 ist für Streitigkeiten nach § 58 KVG. in der Uebergangszeit (bis die Vorschriften der RVO. über die Krankenversicherung in Kraft treten) der Vorsitzende des Versicherungsamtes in gleicher Weise zur Entscheidung berufen, wie bisher die Aufsichtsbehörde der Krankenkasse.

Mit dem 1. Jauar 1914 ist auch das die Krankenversicherung regelnde 2. Buch der Reichsversicherungsordnung in Kraft getreten. Der § 50 KVG. hat bei der Neuregelung der Materie keine Aufnahme gefunden. Man hat erwogen, daß es sich bei der langen Dauer der Unterstützungszeit um sehr hohe Beträge handeln kann, welche minderbemittelte Arbeitgeber oft unverhältnismäßig schwer belasten. Dazu kommt noch, daß diese nachteilige Folge durchaus ungleichmäßig wirkt: sie hängt ganz von dem rein zufälligen Umstand ab, ob die nicht angemeldeten Personen erkranken, ehe die Säumnis nachgeholt ist, oder erst nachher. Die Erstattungspflicht ist also damit vom 1. Januar 1914 an beseitigt.

Schwierigkeiten ergeben sich nun bei der Behandlung derjenigen Ersatzansprüche, die vor dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung zur Entstehung gelangt sind, aber erst nach dem 1. Januar 1914 geltend gemacht werden. Da die RVO. einen Erstattungsanspruch wie das KVG. § 50 gar nicht kennt, so ist in ihr auch das prozessuale Verfahren bezüglich eines solchen Anspruchs nicht geregelt.

Man hat deshalb versucht, andere Bestimmungen analog anzuwenden. Astfalck (ArbVers. 1914 S. 231) faßt den Anspruch aus § 50 KVG. als „Anspruch aus der Krankenversicherung" auf und hält deshalb grundsätzlich die Bestimmungen der §§ 1636 ff. RVO. für anwendbar. Hiernach wäre zur Entscheidung das Versicherungsamt im Spruchverfahren zuständig, die Klage der Krankenkasse also beim Versicherungsamt zu erheben (§§ 1637, 1650 RVO.).

Digitized by Google

Diese Auffassung wird jedoch von Hoffmann (ArbVers. 1914 S. 345) und Hahn (a. a. O. S. 369) mit Recht bekämpft.

In der Tat kann die Erstattungspflicht des Arbeitgebers aus § 50 KVG. nicht zu den „Leistungen aus der Krankenversicherung" (sc. im Sinne der Reichsversicherungsordnung) gerechnet werden, für welche das Verfahren nach § 1636 RVO. bestimmt ist. Leistungen der Krankenversicherung sind nach § 1551 RVO. nur solche, die dem Berechtigten auf Grund des Versicherungsverhältnisses zu gewähren sind. Zu diesen gehört aber der strittige Anspruch nicht. Daneben hat allerdings das Gesetz noch andere Fälle bezeichnet, die ebenfalls im Spruchverfahren zu erledigen sind (§ 422 RVO.). Allein diese Fälle müssen als Ausnahmebestimmungen betrachtet werden, die deshalb nicht auf andere, wenn auch ähnlich gelagerte Verhältnisse ausgedehnt werden dürfen. Nach Art. 100 des Einführungsgesetzes zur RVO. hätte allerdings der Bundesrat die Befugnis, Uebergangsbestimmungen zu erlassen und damit auch den vorliegenden Fall zu regeln; von dieser Ermächtigung ist aber kein Gebrauch gemacht worden.

Es ergibt sich daraus der Schluß, daß das Versicherungsamt mangels einer gesetzlichen Vorschrift für die Entscheidung über Ansprüche aus § 50 KVG. nicht zuständig ist. Dies darf aber nicht dazu führen, dem rechtmäßig erworbenen Erstattungsanspruch der Krankenkasse überhaupt den Rechtsschutz zu versagen, wie es die Schriftleitung der Arbeiter-Versorgung (1914 S. 127) tun will. Man wird vielmehr mit Hoffmann und Hahn die Zuständigkeit des bürgerlichen Gerichts für gegeben erachten müssen; denn nach § 13 GVG. gehören vor die ordentlichen Gerichte alle bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten, für welche nicht besondere Gerichte bestellt sind.

Das Versicherungsamt hatte die Klage also wegen Unzuständigkeit des angerufenen Gerichts abzuweisen.

Anmerkung: Gegen die hier vertretene Auffassung spricht sich der oben abgedruckte Aufsatz von Seitz aus.

Durch Bildung eines Kassenverbandes zum Abschluß gemeinsamer Verträge mit Ärzten werden die einzelnen Kassen von der Pflicht zur ausreichenden ärztlichen Versorgung der Mitglieder nicht frei.

Aus einem Urteile
des **preuß. Oberverwaltungsgerichts, 3. Senats,**
vom 23. März 1914 (III C. 129. 13).

.... Das Institut der Krankenkassenverbände ist schon durch das Krankenversicherungsgesetz vom 15. Juni 1883 (RGBl. S. 73) eingeführt. Es verfolgte von vornherein den Zweck, die Verwaltung der einzelnen Kassen dadurch einfacher und billiger zu gestalten, daß es diesen gestattet wurde, unter Umständen die Wahrnehmung gewisser Funktionen der Kassen, wie z. B. Kassen- und Rechnungsführung, in einer Hand zu vereinigen, auch die Bereithaltung der ärztlichen Versorgung und der freien Arzneien, insbesondere den Abschluß von Verträgen mit Aerzten und Apotheken gemeinsam zu besorgen (vgl. die Begr. des Gesetzes S. 149 des Kommissionsber. des Herrenhauses, Aktenstück 211 S. 800 zu § 42, auch die Aeußerung des Regierungskommissars, Stenogr. Ber. S. 2138). Während der Regierungsentwurf nur einen freiwilligen Zusammenschluß der Kassen zu einem Verbande vorsah, wollte die Kommission des Reichstags der höheren Verwaltungsbehörde die Befugnis geben, einen solchen Zusammenschluß auch zwangsweise anzuordnen. Dies ist von dem Reichstage schließlich abgelehnt worden. Ueber die Art und Weise, in der der Zusammenschluß der mehreren Kassen gedacht wurde, äußerte sich der Abgeordnete Freiherr von Maltzahn-Gültz, ohne Widerspruch zu finden, in der III. Lesung dahin: „Es handelt sich hier, worauf ich besonders hinweisen will, nicht um Schaffung besonderer Kassen, sondern es handelt sich nur um einen losen Verband verschiedener Kassen" usw. (Stenogr. Ber. S. 2572 f.). Das Gesetz spricht demgemäß auch nur von einer Vereinigung der mehreren Kassen zum Zwecke der Anstellung eines gemeinsamen Rechnungs- und Kassenführers, der Abschließung gemeinsamer Verträge mit Aerzten usw. Offenbar wollte man das gemeinsame Handeln der Kassen, das an sich schon, allein auf Grund privatrechtlicher Verträge, möglich war, dadurch erleichtern und sichern, daß man es auf eine besondere öffentlich rechtliche Grundlage stellte, also über die Herbeiführung des Zusammenschlusses, über die Vertretung der zusammengeschlossenen Kassen und über die Aufbringung der gemeinsamen Ausgaben Bestimmung traf. Wenn bei der Beratung des Gesetzes einzelne Redner, z. B. der Abgeordnete Gutfleisch (Stenogr. Ber. S. 2138), von der Möglichkeit gesprochen haben, daß die höheren Verwaltungsbehörden bzw. die Aufsichtsbehörden nach Einführung des Instituts der Kassenverbände den Kassen die allerwesentlichsten Funktionen ihrer Geschäftsführung definitiv abnehmen könnten, so bezog sich dies auf den später abgelehnten Vorschlag der Kommission, auch den zwangsweisen Zusammenschluß der Kassen gegen deren Willen zuzulassen. Hieraus läßt sich gegenüber der oben wiedergegebenen Feststellung des Freiherrn von Maltzahn-Gültz nichts entnehmen. Es ergibt sich also nichts dafür, daß in den Fällen, in denen ein Kassenverband Funktionen der einzelnen Kassen übernahm, diese nunmehr

Digitized by Google

von den entsprechenden Verpflichtungen unter Uebertragung derselben auf den Kassenverband auch der Aufsichtsbehörde gegenüber befreit werden sollten. Der Sinn des § 46 KVG. vom 15. Juni 1883 muß deshalb dahin verstanden werden, daß an den Verpflichtungen der einzelnen Kassen der Aufsichtsbehörde und den Versicherten gegenüber dadurch nichts geändert wird, daß gewisse Funktionen der Kassen durch einen Kassenverband übernommen sind.

Durch die Novelle von 1892 ist daran nichts Wesentliches geändert. Sie gestattet nur sowohl den Gemeindekrankenversicherungen (§ 46 Abs. 1) wie den Betriebs-, Bau- und Innungskrankenkassen (§§ 64, 72, 73 KVG.) den Beitritt zu den Kassenverbänden, erweitert deren zulässige Aufgaben und gestaltet die Verfassung der Verbände näher aus, insbesondere dadurch, daß sie ihnen das Recht gibt, „unter ihrem Namen Rechte zu erwerben und Verbindlichkeiten zu übernehmen, vor Gericht zu klagen und verklagt zu werden". Damit ist ihnen juristische Persönlichkeit verliehen (vgl. auch Rosin, Recht der Arbeiterversicherung, Bd. I S. 615 Note 17). Daß hierdurch, d. h. durch Verleihung der juristischen Persönlichkeit an die Verbände, insofern eine Aenderung eintreten sollte, als nunmehr, soweit sie Aufgaben der Krankenkassen übernehmen, diese von der entsprechenden öffentlichrechtlichen Pflicht frei werden, während an ihre Stelle der Verband tritt, ist weder dem Wortlaute des Gesetzes noch den Materialien zu entnehmen. Hätte man dies beabsichtigt, so wäre es gewiß bei den Verhandlungen deutlich zum Ausdruck gekommen. Die Novelle von 1903 enthält hinsichtlich der Kassenverbände nichts besonderes Neues. Es muß deshalb als noch jetzt geltendes Recht angesehen werden, daß durch Bildung eines Kassenverbandes zum Zwecke des gemeinsamen Abschlusses von Verträgen mit Aerzten nicht etwa den angeschlossenen Kassen die öffentlichrechtliche Verpflichtung zur ärztlichen Versorgung der Kassenmitglieder in natura abgenommen und dem Verband übertragen wird. Vielmehr bleiben nach wie vor die Kassen sowohl den Versicherten wie der Aufsichtsbehörde gegenüber verpflichtet. Sie übernehmen zwar durch den Anschluß an den Verband unter Umständen innerhalb des Verbandes gewisse Pflichten wegen eines gemeinsamen Vorgehens. Kommt ein solches aber nicht zustande, will oder kann also der Verband gemeinsame Verträge nicht abschließen, so kann die einzelne Kasse nicht bloß selbständig vorgehen, sondern sie muß es sogar und kann hierzu gezwungen werden. Auf diesem Standpunkte stehen die Urteile des Senats vom 16. November 1905 — III C. 72. 05 — und 24. November 1908 — III. C. 194. 08 — (Arb.-Vers. Jahrg. 23 S. 193, Jahrg. 26 S. 164) und auch Hahn, Komm. zum KVG. 6. Aufl. Anm. 2 zu § 46. Dies verkennt der Bezirksausschuß, indem er davon ausgeht, daß im vorliegenden Falle durch das Dazwischentreten des Kassenverbandes die öffentlichrechtliche Verpflichtung, die Kassenmitglieder mit Aerzten zu versorgen, nunmehr ausschließlich auf den Kassenverband als selbständige juristische Person übergegangen sei, so daß der klagenden Kasse keinerlei Obliegenheit im Sinne des § 45 Abs. 5 KVG. mehr zufiele, die Mitglieder mit Aerzten zu versorgen.

Bei Ersatzstreit aus § 1518 Abs. 2 RVO. gehört der Versicherte nicht zu den Beteiligten. — Dauer der Krankenunterstützung; Anwendung des § 78 Abs. 2 KVG. (§ 125 RVO).

Rev.-Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 19. Mai 1914
(1883 Amtl. Nachr. 1914 S. 648).

Die klagende Landesversicherungsanstalt hat der bei der beklagten Ortskrankenkasse versicherten Druckerin G., die am 29. April 1911 erkrankt war und vom 2. Mai 1911 an Krankengeld von der Beklagten bezog, vom 16. Juni 1911 bis zum 15. Dezember 1911 wegen Lungenleidens ein Heilverfahren gewährt. Die Krankenkasse hat der Versicherungsanstalt bis zum 30. Oktober 1911 einschließlich Ersatz geleistet in Höhe desjenigen Krankengeldes, das die Versicherte von der Krankenkasse für sich beanspruchen konnte. Die Parteien streiten nur darüber, ob die Beklagte auch für den 31. Oktober 1911 Krankengeld zahlen muß und ob demgemäß die Klägerin berechtigt ist, auch für diesen Tag das Krankengeld als Ersatz für die Kosten des Heilverfahrens zu verlangen.

Es liegt somit eine Streitigkeit zwischen Landesversicherungsanstalt und Krankenkasse vor, die in Preußen nach bisherigem Rechte (§ 23 Abs. 2 JVG.) im Verwaltungsstreitverfahren zu entscheiden war. Wie das Reichsversicherungsamt aber bereits grundsätzlich entschieden hat (zu vgl. die Revisionsentsch. 1693, Amtl. Nachr. des RVA. 1913 S. 437), finden auf derartige Streitigkeiten, wenn sie nach dem 1. Januar 1912 anhängig geworden sind, die Vorschriften des Fünften und Sechsten Buches der Reichsversicherungsordnung Anwendung. Der Antrag der Klägerin ist erst am 29. Januar 1913 bei dem Versicherungsamte gestellt worden. Hiernach ist der Streit nach § 1520 Abs. 2 RVO im Spruchverfahren zu entscheiden, und zwar nach Maßgabe der §§ 1771 ff. a. a. O. (zu vgl. auch Bescheid 1620, der Erlaß des Reichskanzlers vom 19. November 1912, die Entsch. 1700 und die Entsch. des preuß. OVG. vom 1. April 1913, Amtl. Nachr. des RVA. 1912 S. 875, 1093, 1913 S. 444, 453).

Da in erster Instanz der Vorsitzende des Versicherungsamts eine Vorentscheidung erlassen hat,

Digitized by Google

entsteht zunächst die Frage, ob er hierzu berechtigt war. Dies war jedoch unbedenklich zu bejahen. Nach §§ 1771, 1657 RVO. hat der Vorsitzende des Versicherungsamts das Recht, in allen Sachen ohne mündliche Verhandlung eine Vorentscheidung zu treffen. Auch § 1776 a. a. O. setzt diese Befugnis als gegeben voraus. Nun weist allerdings die Revisionsentscheidung 1833 (Amtl. Nachr. des RVA. 1914 S. 499) darauf hin, daß für die Vorschrift des § 1657 RVO. das preußische Verwaltungsstreitverfahren vorbildlich gewesen sei. Nach den §§ 64, 65 des preuß. Gesetzes über die allgemeine Landesverwaltung vom 30. Juli 1883 ist aber eine Vorentscheidung schon dann nicht mehr zulässig, wenn die Klage dem Beklagten zur Gegenerklärung zugefertigt ist. Da nun im vorliegenden Falle der Vorsitzende des Versicherungsamts die Vorentscheidung erlassen hat, nachdem der Antrag der Versicherungsanstalt der Beklagten zugestellt und von dieser eine Gegenerklärung eingegangen war, so könnte daraus gefolgert werden, daß bei dieser Prozeßlage eine Vorentscheidung nicht mehr erlassen werden durfte. Hierzu zwingt aber die Ableitung des § 1657 RVO. aus dem preußischen Verwaltungsstreitverfahren schon deshalb nicht, weil letzteres sich in einem hier wesentlichen Punkte grundsätzlich von dem Verfahren der Reichsversicherungsordnung unterscheidet. Die in § 64 LVG. ausdrücklich zugelassene Möglichkeit nämlich, eine Entscheidung ohne Anhörung der Gegenpartei lediglich auf Grund des Inhalts der Klageschrift in verurteilendem oder klageabweisendem Sinne zu treffen, ist der Reichsversicherungsordnung durchaus fremd. Der Erlaß einer solchen würde gegen die seit Bestehen der Arbeiterversicherung gehandhabten und auch jetzt wieder von den Kaiserlichen Verordnungen vom 24. Dezember 1911 anerkannten Grundsätze des Verfahrens verstoßen (zu vgl. § 21 der Kaiserl. Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter und § 16 Abs. 2 der entsprechenden Verordnung für die Oberversicherungsämter). Es würde deshalb eine Vorentscheidung nach § 1657 a. a. O. überhaupt unmöglich sein, wenn sie nach Anhörung des Streitgegners nicht mehr ergehen dürfte. Daher konnte auch der bei der Beratung des Entwurfs der Reichsversicherungsordnung gestellte Antrag, die Vorentscheidung des preußischen Verwaltungsstreitverfahrens in den Entwurf als § 1619b zu übernehmen (zu vgl. Komm.Ber. zum Sechsten Buche S. 144 ff.), nur in dem Sinne gemeint sein, daß der Vorsitzende des Versicherungsamts zum Erlaß einer Vorentscheidung nur nach Mitteilung des Antrags an die Beteiligten befugt sein solle. Ein wesentlicher Mangel des Verfahrens liegt also insoweit nicht vor.

Auch darin konnte ein solcher nicht gefunden werden, daß weder das Versicherungsamt noch das Oberversicherungsamt die Versicherte zu dem Verfahren zugezogen haben. Eine solche Zuziehung ist dann erforderlich, wenn der Versicherte an dem Streite beteiligt ist. Ob der Versicherte an einem Streite der hier vorliegenden Art als beteiligt zu gelten hat, ist weder in den Verfahrensvorschriften der Reichsversicherungsordnung, die nach dem oben Ausgeführten für den vorliegenden Rechtsstreit anzuwenden sind, noch in den zugehörigen Kaiserlichen Verordnungen bestimmt. Der Begriff der Beteiligung ist daher aus dem materiellen Rechte zu schöpfen. Da das Heilverfahren vor dem 1. Januar 1912 stattgefunden hat, ist materiell noch das bisherige Recht anzuwenden, wenn auch das Streitverfahren sich nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung richtet. Die Rechtsgrundlage des Anspruchs der Landesversicherungsanstalt bildet hiernach § 18 Abs. 3 JWG. Nach dieser Vorschrift geht für die Dauer eines Heilverfahrens die Verpflichtung der Krankenkasse gegen den Versicherten auf die Versicherungsanstalt über. Ihr hat die Krankenkasse Ersatz zu leisten in Höhe desjenigen Krankengeldes, das der Versicherte von der Krankenkasse für sich beanspruchen konnte. Hiernach ist der Versicherungsträger, an den sich der Versicherte während des Heilverfahrens ausschließlich zu wenden hat, die Versicherungsanstalt. Die Krankenkasse wird für diese Zeit dem Versicherten gegenüber von ihren Verpflichtungen frei (Rosin, Das Recht der Invaliden- und Altersversicherung § 81 VI. 3 S. 1002, Gebhard-Düttmann, Das Invalidenversicherungsgesetz 2. Aufl. 1901 Anm. 15 zu § 18 JWG. S. 144). Ist dies aber richtig, so berührt den Versicherten die Auseinandersetzung zwischen der Versicherungsanstalt und der Krankenkasse nicht. Auch § 23 Abs. 2 JWG. spricht daher nur von Streitigkeiten zwischen Versicherungsanstalten und Krankenkassen, während Abs. 1 die Streitigkeiten zwischen Versicherungsanstalten und Versicherten regelt. An dieser Rechtslage hat übrigens auch die Reichsversicherungsordnung nichts geändert. Der Anspruch der Landesversicherungsanstalt auf Ersatz der Kosten eines Heilverfahrens gegen die Krankenkasse ist im § 1518 RVO. geregelt. Hier ist bestimmt, daß die Landesversicherungsanstalt, wenn sie ein Heilverfahren eintreten läßt, dem Kranken für dessen Dauer das zu gewähren hat, was ihm seine Krankenkasse nach Gesetz oder Satzung zu leisten hätte. Gegen die Krankenkasse hat der Versicherte hiernach gleichfalls Ansprüche nicht mehr, wenn und soweit ihm die Landesversicherungsanstalt ein Heilverfahren gewährt (zu vgl. Lehmann, Anm. 6 zu § 1518 RVO., Düttmann, Anm. 7 zu § 1518). Daher be-

Digitized by Google

rührt ihn der Ersatzanspruch der Landesversicherungsanstalt jetzt ebensowenig, da er die Versicherungsleistungen bereits erhalten hat oder sich wegen ihrer an die Landesversicherungsanstalt wenden kann. Es wird somit nicht in Ansprüche eingegriffen, die er gegen die Krankenkasse hat, im Gegensatze zu jenen Fällen, in denen seine Rente den Gegenstand des Ersatzanspruchs eines Versicherungsträgers bildet. Daher bemißt auch § 1518 den Ersatzanspruch der Landesversicherungsanstalt lediglich nach dem Krankengelde, das er von der Krankenkasse „zu beanspruchen hätte", und verweist damit die Landesversicherungsanstalt auf Leistungen der Kasse, die dem Versicherten in dem besonderen Falle gar nicht zustehen. Daher ist auch im Gegensatze zu den übrigen Ersatzansprüchen des Fünften Buches der Reichsversicherungsordnung (zu vgl. die §§ 1509, 1523, 1538) in diesem Falle der Landesversicherungsanstalt nicht das Recht gegeben, die Feststellung der Versicherungsleistungen der Krankenkasse zu betreiben. Die in dem Ersatzstreite der Landesversicherungsanstalt gegen die Krankenkasse ergehende Entscheidung kann somit den Versicherten selbst niemals unmittelbar berühren, da sie weder seine Ansprüche gegen die Landesversicherungsanstalt noch solche gegen die Krankenkasse betrifft. Er ist an dem Ersatzstreite daher nicht beteiligt.

Allerdings wird der Versicherte an der Entscheidung des Ersatzstreits meist ein berechtigtes Interesse haben, indem die Entscheidung der Frage, ob er für die Zeit des Heilverfahrens einen Anspruch auf Krankengeld hatte, z. B. auch für vorhergehende oder nachfolgende Krankheitszeiten Bedeutung haben kann. Es wird deshalb sein Beitritt oder seine Zuziehung zu dem Ersatzstreite nach Maßgabe des § 23 der Kaiserl. Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter, § 18 der Kaiserl. Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Oberversicherungsämter jederzeit erfolgen können.

Wenn auch hiernach kein Mangel des Verfahrens vorlag, der die Aufhebung der angefochtenen Entscheidungen erforderlich machte, so war doch ihre Aufhebung wegen unrichtiger Anwendung des bestehenden Rechtes geboten (§ 1697 RVO.).

Nach dem hier noch anzuwendenden § 6 KVG. beginnt die Krankengeldbezugszeit mit dem dritten Tage nach dem Tage der Erkrankung und endet spätestens mit dem Ablauf der 26. Woche nach Beginn des Krankengeldbezugs.

Aus dieser Vorschrift entnehmen die Beklagte und beide Vorentscheidungen, daß im Höchstfall für 26 Wochen, d. h. für 182 Kalendertage, Krankengeld zu zahlen sei. Wenn das Versicherungsamt und ebenso die Vertreter der Krankenkasse in der mündlichen Verhandlung vor dem Reichsversicherungsamte hierbei ausführen, daß 26 Wochen nicht 26 Wochen und 1 Tag sein könnten, so wird dabei übersehen, daß § 6 a. a. O. nur Beginn und Ende des Krankengeldbezugs regelt und die Berechnung des zwischen diesen Terminen liegenden Zeitraums offen läßt. Letztere richtet sich aber nach § 78a KVG., wie die Klägerin mit Recht behauptet und wie auch das preußische Oberverwaltungsgericht in ständiger Rechtsprechung angenommen hat (zu vgl. Entsch. vom 12. Januar 1893 Entsch. des OVG. Bd. 24 S. 325, vom 28. Januar 1895 Bd. 27 S. 358, vom 3. Januar 1907 Bd. 50 S. 393 und vom 4. November 1909 in Regers Entsch. der Gerichte und Verwaltungsbehörden Bd. 30 S. 439). Allerdings verkennt auch das Oberverwaltungsgericht in der Entscheidung vom 3. Januar 1907 nicht, daß es sich bei der Krankengeldbezugszeit nicht eigentlich um eine Frist handelt, d. h. um einen Zeitraum, innerhalb dessen eine Rechtshandlung vorzunehmen ist oder deren Ablauf das Entstehen oder Erlöschen von Rechten zur Folge hat. Der Wortlaut des § 78a zwingt aber dazu, seine Vorschriften auch auf die Berechnung der Krankengeldbezugszeit anzuwenden. Denn wenn der durch die Novelle vom 10. April 1892 geschaffene § 78a im Einklang mit den §§ 199, 200 ZPO. damaliger Fassung in Abs. 1 und 2 allgemein bestimmt, daß bei Berechnung einer nach Tagen, Wochen oder Monaten bestimmten Frist der Tag nicht mitgerechnet wird, von dem an die Frist zu laufen beginnt, und dann in Abs. 3 fortfährt „Fällt das Ende einer Frist auf einen Sonntag oder allgemeinen Feiertag, so endigt die Frist mit Ablauf des nächstfolgenden Werktags. Auf die Berechnung der Dauer der Krankenunterstützung findet diese Vorschrift keine Anwendung", so läßt diese Fassung nur den Schluß zu, daß die in den beiden ersten Absätzen enthaltenen Vorschriften auf die Berechnung der Dauer der Krankenunterstützung anzuwenden sind. Der Auslegung, die das Oberversicherungsamt vertritt, hat sich der Senat nicht anschließen können. Endigt also die 26wöchige Frist mit dem Tage der 26. Woche, der durch seine Benennung dem Tage entspricht, an dem die Frist begonnen hat, so ist bei der Berechnung der 26 Wochen der Tag, für den das Krankengeld zuerst gezahlt wird, nicht mitzuzählen. Auch der Wortlaut des § 6 steht dem durchaus nicht entgegen. Wenn es dort heißt: „Die Krankenunterstützung endet im Falle der Erwerbsunfähigkeit spätestens mit Ablauf der 26. Woche nach Beginn des Krankengeldbezugs", so läßt diese Fassung sehr wohl die Möglichkeit einer Fristberechnung zu, wie sie § 78a vorschreibt, ja macht sogar eine solche Berechnung notwendig. Diese Ansicht wird daher auch in

Digitized by Google

der Literatur ganz überwiegend vertreten. So vor allem von Hahn in seinem Kommentar zum Krankenversicherungsgesetz (Anm. 4 d zu § 6, Anm. a zu § 78 a) und in zwei Aufsätzen in der ArbVers. (Bd. 20 S. 383 und Bd. 23 S. 613), ferner von Hoffmann in dem Kommentare zum Krankenversicherungsgesetz (Anm. 12 zu § 6 und Anm. 2 zu § 78 a) und von Reger-Henle, Handausgabe des Krankenversicherungsgesetzes (Anmerkung 14 zu § 6). Die gleiche Berechnung ist auch angewendet in einem Urteil des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofs vom 17. Mai 1897 (Regers Entsch. Bd. 18 S. 49).

Beträgt aber die Dauer des Krankengeldbezugs im Höchstfall 183 Tage, so hat die Beklagte, da sie vom 2. Mai 1911 an Krankengeld gezahlt hat, auch noch für den 31. Oktober 1911 Krankengeld zu zahlen. Die Vorentscheidungen, die auf Grund unrichtiger Auslegung des Gesetzes zu einem anderen Ergebnisse kommen, waren hiernach aufzuheben. Gemäß § 1715 RVO. hat der erkennende Senat, da der Rechtsstreit zur Entscheidung reif war, in der Sache selbst entschieden und die Beklagte nach dem Antrag verurteilt.

Hat der verwundete Kriegsteilnehmer Anspruch auf Krankengeld?

Entsch. des **Versicherungsamts Karlsruhe** vom 6. Oktober 1914.

F. J. war bis zum 31. Juli 1914 Mitglied der Allgemeinen Ortskrankenkasse Karlsruhe. Infolge der Mobilmachung mußte er als Gefreiter der Reserve in den Heeresdienst eintreten. Er wurde am 20. August 1914 im Krieg verwundet und wird in dem als „Vereinslazarett" bezeichneten Städt. Krankenhaus dahier auf Kosten der Militärverwaltung verpflegt. Er erhebt gemäß § 214 RVO. Anspruch auf Krankengeld. Die Ortskrankenkasse verweigert Zahlung, weil der § 214 RVO. auf Kriegsteilnehmer überhaupt keine Anwendung finde und weil an verwundete Kriegsteilnehmer Krankengeld nicht zu leisten sei, da ihnen kein Arbeitsverdienst entgehe.

Das Versicherungsamt verurteilte die Kasse zur Zahlung des Krankengeldes mit folgender Begründung:

Die Reichsversicherungsordnung hat den Kriegsfall nicht geregelt, sie trifft ihre Bestimmungen unter Voraussetzung friedlicher Verhältnisse. Der Unbilligkeit und Härte, die durch die Veränderung der Umstände unvermeidlich eintreten mußte, ist in den wesentlichen Punkten durch die Notgesetze vom 4. August 1914 gesteuert worden; im übrigen aber müssen die gesetzlichen Bestimmungen sinngemäß den veränderten Verhältnissen angepaßt werden, wobei allerdings weder auf die Folgen einer erweiterten Belastung der Versicherungsträger noch auf die größere Bedürftigkeit der Versicherten Rücksicht genommen werden darf.

Die Anpassung der gesetzlichen Bestimmungen auf die durch den Krieg veränderten Verhältnisse wird wesentlich erleichtert, wenn man die Bestimmungen bezüglich des Militärdienstes und der militärischen Uebungen im Frieden als Vorbild benützt und insbesondere die Grundsätze, die in der Literatur und der Rechtsprechung über diese sich herausgebildet haben, auch für den Krieg gelten läßt.

In erster Linie erhebt sich die Frage, ob derjenige, der in den Kriegsdienst eintritt, als erwerbslos im Sinne der Reichsversicherungsordnung anzusehen ist. Erwerbslosigkeit besteht in dem Mangel einer frei gewählten Beschäftigung unter freier Lohnvereinbarung. Daß diese Erwerbslosigkeit für den Friedensdienst beim Militär besteht, darüber herrscht völlige Uebereinstimmung. Genau das gleiche muß aber auch für den Kriegsdienst gelten und zwar ohne Rücksicht darauf, ob der Eintritt in das Heer auf Grund gesetzlicher Verpflichtung oder nach freiwilligem Entschluß erfolgt. Denn wer Kriegsdienste leistet, übt keine auf Erwerb gerichtete Tätigkeit aus, die Kriegslöhnung ist kein Arbeitsentgelt. Für unsere deutsche Auffassung gibt es kein Kriegshandwerk mehr, das seinen Mann ernährt, und wir haben keine Söldner, die „gegen Lohn" kämpfen.

Im Gegensatz zu dieser, soweit ersichtlich, allgemein gebilligten Anschauung hat das Württembergische Oberversicherungsamt Stuttgart in einem Rundschreiben vom 13. August 1914 „vorbehältlich instanzieller Entscheidung" den Grundsatz ausgesprochen, daß die Einziehung zum Kriegsdienst keine Erwerbslosigkeit im Sinne des § 214 RVO. bedeute. Eine Begründung ist dieser Ansicht nicht beigegeben worden, man wird ihr auch nicht beipflichten können.

In zweiter Reihe ist zu prüfen, ob ein Versicherungsfall vorliegt. Versichert wird nach § 182 Ziff. 2 RVO. die Arbeitsfähigkeit und zwar derart, daß Krankengeld bezahlt werden muß, wenn die Krankheit den Versicherten arbeitsunfähig macht. Nicht der erweisliche Vermögensschade, sondern die Einbusse an dem Rechtsgut der Fähigkeit zum Erwerb als solche soll durch die Sozialversicherung ausgeglichen werden. (Arb.-Vers. 1914 S. 605; vgl. Entsch. des RG. Bd. 77 S. 368). Nirgends wird ein Nachweis dafür verlangt, daß ein wirklicher Schaden entstanden ist; mit Recht weist Lehmann (Ortskrankenkasse 1914 Sp. 261) darauf hin, daß Krankengeld auch an den freiwillig Versicherten, der nicht erwerbstätig ist und sehr vermögend sein kann, bezahlt werden muß, wenn nur der Fall der Arbeitsunfähigkeit vorliegt. Auch bei der privaten Unfallversicherung eines Rentners tritt der Versicherungsfall mit dem Nachweis einer durch Unfall hervorgerufenen Arbeitsunfähigkeit ein, ohne daß der Versicherte dadurch einen Ausfall an seinem Erwerb erleidet.

Demgegenüber hat das Württembergische Oberversicherungsamt in dem erwähnten Rundschreiben,

Digitized by Google

wieder vorbehältlich instanzieller Entscheidung, die Auslegung vertreten, daß an verwundete Kriegsteilnehmer Krankengeld nicht zu leisten sei, weil ihnen kein Arbeitsverdienst entgehe. Und Privatdozent Dr. Kaskel (Monatsschr. für Arbeit.- und Angestelltenvers. 1914 Sp. 651) hat die gleiche Auffassung wie folgt begründet: „Solange der Versicherte als Soldat im Felde steht, sind seine wirtschaftlichen Daseinsbedingungen nicht beeinträchtigt und es fehlt daher an einer durch die Geldrente zu ersetzenden Einbuße; er steht in der Fähigkeit, durch seine Arbeit zu erwerben, nicht schlechter als der gesunde Arbeiter; es fehlt also an der Voraussetzung einer Beeinträchtigung, die ausgeglichen werden sollte."

Diese Erwägungen sind nicht stichhaltig. Sie führen neben der Arbeitsfähigkeit noch den Begriff der „wirtschaftlichen Daseinsbedingungen" ein, der den Maßstab für die Entschädigungspflicht abgeben soll. Aber diese Ansicht findet im Gesetz keine Stütze und auch die Rechtsprechung hat diese Erwägungen nicht als zutreffend betrachtet. So hat der bad. Verwaltungsgerichtshof für den Friedensdienst eines Soldaten entschieden, daß der Kranke auch für die Zeit seiner Verpflegung im Lazarett den Anspruch auf Krankengeld behält (trotzdem der Soldat, der seiner Dienstpflicht genügt, seine Arbeitskraft natürlich auch nicht zu einer Erwerbstätigkeit benützen kann).

Mit vollem Recht sprechen sich demnach die Schriftsteller dahin aus, daß der verwundete Kriegsteilnehmer Krankengeld zu bekommen hat (vgl. Hahn, ArbVers. 1914, Sp. 563; Hoffmann, Monatsschr. für Arbeit.- und Angestelltenversicherung 1914 Sp. 662; Frankenberg, Betriebs-Krankenkasse 1914 S. 68, Fuld a. a. O. S. 177; Lehmann, Gräf, Cohn und Fräßdorf in „Ortskrankenkasse 1914 Sp. 261, 264, 231 und 238).

Schließlich wäre noch zu erwägen, ob der Anspruch auf Krankengeld etwa „ruht", solange der Kranke auf Kosten der Militärverwaltung im Lazarett volle Verpflegung erhält. Aber auch diese Frage ist zu verneinen. Die Fälle, in welchen ein an sich bestehender Anspruch zu ruhen hat, sind in § 216 RVO. erschöpfend geregelt; der vorliegende Fall ist dort nicht unterzubringen.

Es kann auch nicht etwa nach § 184 RVO. das Krankengeld versagt werden, weil der Versicherte Kur und Verpflegung in einem Krankenhaus erhalte. Denn die Verpflegung im Lazarett stellt keine Krankenhilfe der Kasse dar, sondern sie erfolgt auf Entschließung und Kosten der Militärverwaltung.

C. Zur Unfallversicherung.

Verletzung des § 1693 Abs. 1 RVO. (Nichtabgabe an das RVA.) macht den sonst unzulässigen Rekurs nicht zulässig.

Rek.-Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 14. November 1913 (2727 Amtl. Nachr. 1914 S. 622).

In erster Linie war zu prüfen, ob der Rekurs als zulässig zu erachten ist. Nach § 1700 Nr. 7 RVO. ist der Rekurs ausgeschlossen, wenn es sich um vorläufige Renten handelt. Diese Bestimmung trifft auch den vorliegenden Fall, wo die Berechnung einer vorläufigen Rente streitig ist. In den Fällen, wo der Jahresarbeitsverdienst streitig ist, für diese Frage schon bei der Feststellung der vorläufigen Rente den Rechtszug bis zum Reichsversicherungsamte zuzulassen, ist bei der Beratung des Entwurfs der Reichsversicherungsordnung ausdrücklich abgelehnt worden, da „es nicht angehe, wegen einer Frage von immerhin untergeordneter Bedeutung die Anrufung des Reichsversicherungsamts zuzulassen und damit den Rechtsstreit zweimal in die Rekursinstanz gelangen zu lassen" (zu vgl. Kom.Ber. zur RVO. 6. Teil S. 99).

Die Beklagte erachtet nun aber den Rekurs schon um deswillen als zulässig, weil es sich bei der vom Oberversicherungsamte hinsichtlich des Jahresarbeitsverdienstes getroffenen Entscheidung um eine noch nicht festgestellte Auslegung gesetzlicher Vorschriften von grundsätzlicher Bedeutung gehandelt habe und die Sache daher gemäß § 1693 Abs. 1 RVO. an das Reichsversicherungsamt abzugeben gewesen sei. Es kann dahingestellt bleiben, ob im vorliegenden Falle die Voraussetzungen der Anwendung dieser Gesetzvorschrift vorgelegen haben, da jedenfalls aus der Unterlassung der Abgabe der Sache an das Reichsversicherungsamt ein Rekursgrund nicht hergeleitet werden könnte. Wie der Wortlaut der Vorschrift des § 1693 Abs. 1 a. a. O. besagt, gilt sie nur für die Fälle, in denen der Rekurs (oder die Revision) ausgeschlossen ist. Damit ist zum Ausdruck gebracht, daß der Rekurs (oder die Revision) auf jeden Fall ausgeschlossen ist, so daß auch eine Verletzung des § 1693 den Rechtsmittelzug nicht begründen kann. Diese Auffassung ist für das Gebiet der Invalidenversicherung bereits in der Revisionsentscheidung 1684 (Amtl. Nachr. des RVA. 1913 S. 410) unter Würdigung

Digitized by Google

der bei der Kommissionsberatung über den § 1693 RVO. (§ 1650 des Entwurfs) hervorgehobenen Gesichtspunkte vertreten worden. Für das Gebiet der Unfallversicherung muß nach der Ansicht des erkennenden Senats das Entsprechende gelten. Die nach der Behauptung der Beklagten gegen § 1693 Abs. 1 RVO. verstoßende Unterlassung der Abgabe an das Reichsversicherungsamt würde daher im vorliegenden Falle den Rekurs nicht zulässig machen.

Aus dem Vorstehenden ergibt sich, daß die von der Beklagten hinsichtlich des Jahresarbeitsverdienstes begehrte sachliche Entscheidung im gegenwärtigen Verfahren nicht herbeigeführt werden kann, weil eben der Rekurs als unzulässig zurückgewiesen werden mußte.

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Versicherungspflicht der Kontrolleure und Fahrmeister bei der Hamburger Straßenbahn.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Hamburg** vom 16. Dezember 1913.

Nach ständiger Rechtsprechung des RVA. können als Betriebsbeamte usw. im Sinne des § 1226 Abs. 1 Ziff. 2 RVO. nur Personen gelten, bei denen der Schwerpunkt ihrer Betätigung nicht in dem persönlichen Eingreifen bei der Arbeitstätigkeit, sondern in einer Beteiligung an der Betriebsleitung und in einer Aufsichtsstellung den Arbeitern gegenüber liegt (Rev.-Entsch. 1209 Amtl. Nachr. 1905 S. 439). Diese Voraussetzungen treffen auf die Kontrolleure wie Oberführer nicht zu. Von ganz seltenen Ausnahmen abgesehen, hat der Kontrolleur die Aufsicht über die ihm unterstellten Schaffner nur auf Grund einer in allen Einzelheiten genau ausgearbeiteten Geschäftsordnung auszuüben, die ihm einen Raum für selbständige aus dem Rahmen dieser Bestimmungen herausfallende Entscheidungen und Anordnungen überhaupt nicht läßt. Die Kontrolleure, mögen sie nun eine feste oder eine sogenannte fliegende Strecke haben, holen sich ihre Streckenanweisung meist täglich von der Inspektion ab. Zum Teil verrichten sie auch vormittags Bahnhofsdienst und erhalten für den Nachmittag Streckendienst zugewiesen. Die ganze Art des Dienstes vollzieht sich dann streng an der Hand der Geschäftsordnung, mag es sich um den Verkehr mit den Schaffnern oder um das Eingreifen bei Straßenbahnunfällen und ähnlichen Ereignissen handeln. In dem letzteren Falle erteilen die Kontrolleure zwar die erforderlichen dienstlichen Anordnungen, müssen aber sofort ihrem Vorgesetzten Mitteilung machen, der die nötigen entscheidenden Anordnungen trifft. In beiden Fällen handelt es sich um eine reine Ueberwachungstätigkeit; dabei ist im Falle festgestellter Uebertretungen die Erteilung von Strafrügen ausgeschlossen. Das gleiche gilt von der Stellung der Oberführer bezw. Fahrmeister zu den Führern. Die Oberführer erhalten ihre Dienstanweisung vom Oberingenieur S. mündlich übertragen, alle vierzehn Tage wird dieselbe aufs neue durchgesprochen. Eine selbständige Tätigkeit kommt nicht in Betracht. Die Oberführer haben eine rein beaufsichtigende Tätigkeit. Sie treffen weder selbständige Anordnungen noch haben sie irgendwelche Strafbefugnisse. Beide Personenkategorien haben keine selbständige Verantwortung für die von ihnen festgestellten Mängel und Schäden bei der Betriebseinrichtung; sie haben vielmehr nur die von ihnen erlangte Kenntnis der vorgesetzten Dienststelle weiterzugeben, die dann ihrerseits das erforderliche veranlaßt, abgesehen von eiligen Fällen, die gleich geregelt werden können. Es ist aber endlich auch nicht richtig, daß die Kontrolleure und Oberführer sich in sozialer und wirtschaftlicher Hinsicht über die Führer und Schaffner erheben, wie das Versicherungsamt anzunehmen scheint. Das Verhältnis der Schaffner und Führer zu einander ist dem Oberversicherungsamt, das früher als Schiedsgericht für Arbeiterversicherung in zahlreichen Fällen über die Frage der Anrechnungsfähigkeit der Trinkgelder zu entscheiden hatte, bekannt. Auch heute ist noch davon auszugehen, daß die Schaffner über eine jährliche Trinkgeldeinnahme verfügen, die mehrere 100 Mark ausmacht, mag diese Einnahme immerhin auch je nach der Art der Strecke und der Persönlichkeit des Schaffners schwanken. Inklusive seiner Trinkgelder steht der Schaffner wirtschaftlich durchaus nicht hinter dem Führer zurück. Die Führer werden allerdings höher entlohnt als die Schaffner, was aber durch die Trinkgelder wieder ausgeglichen wird. Aber auch zwischen dem Gehalt der Oberführer und Führer besteht kein allzu großer Unterschied, so daß man ebenfalls hieraus eine wirtschaftliche Ueberlegenheit nicht herleiten kann. Haben also die Kontrolleure und Oberführer eine sie über die Schaffner hinaushebende leitende Stellung *nicht*, so sind beide nach der ganzen Art ihrer Stellung als Gehilfen im Sinne des § 1226 Abs. 1 der RVO. aufzufassen.

Digitized by Google

E. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätze zu den §§ 1, 2, 17, 18, 19 und 51 des VGfA. aus der Uebung der Reichsversicherungsanstalt.

(„Angestelltenversicheruug" 1914 S. 219)

Zu § 1. Wenn ein Angestellter, der der Versicherungspflicht nach dem VGfA. unterliegt, mit rückwirkender Kraft als Teilhaber in eine Firma aufgenommen und dadurch versicherungsfrei wird, so gilt die Versicherungsfreiheit nicht rückwirkend, da die Reichsversicherungsanstalt in der Zwischenzeit das Risiko zu tragen hatte, sondern sie wirkt erst von dem Zeitpunkt an, an dem die Aufnahme als Teilhaber vertraglich vorgenommen wurde. Der Zeitpunkt der Eintragung als Gesellschafter ist hierbei nicht maßgebend. (I. J. 3.)

Zu § 2. Gratifikationen, die vertraglich oder wenigstens gewohnheitsmäßig gewährt werden, sind dem Jahresarbeitsverdienst im ganzen, nicht dem Gehalt in dem Monat, in dem die Gratifikation gezahlt wird, zuzurechnen, und zwar, soweit sie ziffernmäßig in bestimmter Höhe im voraus zugesichert sind, mit dem Betrage des laufenden Geschäftsjahres, andernfalls mit dem für das letzte Geschäftsjahr dem Angestellten zugeflossenen Betrage. Nach dem hiernach ermittelten Gesamteinkommen bestimmt sich die Gehaltsklasse. (I. B. 1613.)

Zu § 2. Ueber den Ansatz des Wertes von Dienstkleidung und von Barbezügen für Dienstkleidung bei Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes im Sinne des VGfA. gilt folgendes:

a) Dienstkleidung, die in Natur gewährt wird, kann nur als Sachbezug im Sinne des § 2 VGfA. in Frage kommen. Inwieweit sie als solcher als Entgelt anzusetzen ist, hat die untere Verwaltungsbehörde festzusetzen.

b) Kleidergeld, das in Höhe des Wertes der Dienstkleidung für solche Personen gewährt wird, bei denen das Tragen von Dienstkleidung nicht notwendig ist, ist voll anzusetzen.

c) Eine Barentschädigung für erhöhte Abnutzung von Kleidungsstücken bei Feld-, Garten-, Erdarbeiten usw. gehört nicht zum Entgelt.

d) Kleidergeld für die Selbstbeschaffung von Dienstkleidung ist insoweit in Ansatz zu bringen, als es für die Beschaffung von Dienstkleidung nicht ausgegeben wird. Außerdem gilt, soweit Dienstkleidung dafür angeschafft wird, das unter a) Gesagte. (I. 4229/14.)

Zu § 17 Satz 2. Der Anwendung der Berechnungsart des § 17 Satz 2 des VGfA. für die Beitragsberechnung sowie für die Ermittelung des Jahresarbeitsverdienstes steht der Umstand, daß die Beitragsleistung nach § 177 zu erfolgen hat, grundsätzlich nicht entgegen. (I 4399/14 / II 108 581 II. Ang.)

Zu § 18. Nach § 18 des VGfA. sind die letzten 6 Beiträge, also nicht die letzten Gehaltsklassen zusammenzurechnen; hieraus ist das Mittel zu bilden. (I 3868/14.)

Zu § 19. Die freiwillige Höherversicherung nach § 19 ist auch dann zulässig, wenn die Beitragsleistung nach § 177 zu erfolgen hat. Der Angestellte kann dabei eine beliebige höhere Gehaltsklasse als diejenige wählen, die rechnerisch seinem Jahresarbeitsverdienst entsprechen würde, wenn die Beitragsleistung nicht nach § 177 zu erfolgen hätte. (I 4792/14.)

Zu § 51 Nr. 1. Unter § 51 Nr. 1 des VGfA. fallen auch freiwillige Uebungen. (I 5398/14.)

Versicherungspflicht eines erbliudeten „Evangelisten".

Entscheidung des **Rentenausschusses Berlin** vom 5. Januar 1914.

Der 1876 geborene Evangelist W. S. ist seit zehn Jahren Angestellter des . . . . Brüderrats, eines vorwiegend aus Pastoren der ganzen Provinz bestehenden Gemeinschaftsbundes. Seine Tätigkeit besteht in der Abhaltung von Versammlungen und Bibelstunden und der Ausführung von Krankenbesuchen, wofür er ein jährliches Entgelt von 1080 M. erhält. Bei der Ausübung seiner Tätigkeit muß er, da er auf beiden Augen erblindet ist, ständig von seiner Frau geführt werden; abgesehen hiervon kann er jedoch seinen Dienst ohne Störung versehen. Er entrichtet regelmäßig die Beiträge zur Invaliden- und Altersversicherung; eine Invaliden- oder sonstige Rente bezieht er nicht.

Auf Grund dieser Sachlage hat S. seine Aufnahme in die Angestelltenversicherung beantragt. Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte hat ihn jedoch für berufsunfähig und somit nicht versicherungspflichtig und -berechtigt erklärt.

Hiergegen hat S. die Entscheidung des Rentenausschusses im Streitverfahren angerufen und ausgeführt, daß er unter der Führung seiner Frau seinem Dienste ebenso gut nachgehen könne wie seine Amtsgenossen. Er stehe diesen, die eine Vergütung von jährlich 1300 M. bezögen, in seinem Arbeitsverdienste nur um jährlich 220 M. nach. Seine Arbeitsfähigkeit sei sonach nur um etwa ein Sechstel gemindert, nicht aber auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten von ähnlicher Ausbildung und gleichartigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabgesunken.

Die Arbeitgeberin, vertreten durch den Pastor P. in S., hat sich diesen Ausführungen angeschlossen. Dagegen hat die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte unter Festhaltung des früher eingenommenen Standpunktes sich dahin geäußert, daß S. berufsunfähig im Sinne des § 25 des Versicherungsgesetzes für Angestellte sei, so daß sich seine Aufnahme in die Angestelltenversicherung gemäß § 1 Abs. 3 a. a. O. verbiete.

In der mündlichen Verhandlung hat der Vertreter des Angestellten noch folgendes angeführt: Der Brüderrat sei eine freiwillige Vereinigung von Christen innerhalb der Preußischen Landeskirche. Er gehöre zum . . . . Verband, der über das ganze Reich verbreitet sei und in jeder Provinz durchschnittlich etwa 20 Evangelisten zähle. S. sei der Leiter der Gemeinde in S., wo außer ihm noch zwei andere Evangelisten tätig seien. Er, N., der in K. als Evangelist wirke, kenne ihn seit mehr als 14 Jahren. S. sei für den Beruf, den er sich erwählt habe, hervorragend begabt und könne seinen Dienst vollständig versehen. Er sei schon erblindet gewesen, als

Digitized by Google

er angestellt worden sei, und würde das volle Gehalt beziehen können; er habe jedoch, da er kinderlos und persönlich außerordentlich anspruchslos sei, auf einen Teil seines Gehalts wie als Unverheirateter so auch nach seiner Heirat verzichtet. Wenn er seine jetzige Stellung aufgeben müsse, so würde er, der über P.s Grenzen hinaus als Evangelist geschätzt sei, unschwer in einer anderen Provinz eine gleichartige Stellung bekommen. Auch würde er stets jemand finden, der ihn führe; ein kleiner Junge würde dazu genügen. Zur Tätigkeit als Stadtmissionar und in der Blaukreuz-Arbeit sei er immer geeignet. Schreibarbeiten könne er allerdings nicht verrichten; diese seien aber auch, abgesehen von Kassengeschäften, die ihm nicht übertragen seien, für Evangelisten sehr geringfügig.

Der Rentenausschuß bejahte die Versicherungspflicht aus folgenden Gründen:

Daß S. ein Angestellter in höherer Stellung ist und seine Tätigkeit somit unter das Versicherungsgesetz für Angestellte fällt, ist unbestritten. Es handelt sich lediglich darum, ob er etwa als berufsunfähig anzusehen ist, wobei nicht vorübergehende, sondern allein dauernde Berufsunfähigkeit in Betracht kommt. Diese Frage ist jedoch unbedenklich zu verneinen. S. war schon erblindet, als er in dem von ihm erwählten Berufe angestellt wurde, und versieht seinen Dienst ebenso wie seine Amtsgenossen. Er würde in der Lage sein, das volle Gehalt eines verheirateten Evangelisten zu beziehen, und bezieht in Wirklichkeit immerhin 83 Prozent dieses Betrages. Nach der Angabe seines Vertreters ist eine solche Anzahl von Evangelisten für den Verband tätig, daß S. bei seiner hervorragenden Begabung für den Evangelistenberuf ohne Schwierigkeit wieder als solcher angestellt werden würde. Die Führung, deren er bedarf, würde er stets wieder finden, wenn selbst seine Frau vor ihm sterben sollte. Seine Arbeitsfähigkeit ist daher durch seine Erblindung keineswegs auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich gesunden Versicherten von ähnlicher Ausbildung und gleichartigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabgesetzt. Seine Versicherungspflicht ist daher zu bejahen.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" 1914 Heft 9.)

Nr. 11. Der Abschluß einer reinen Sparversicherung begründet keinen Anspruch auf Befreiung gemäß § 390 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Nr. 12. Die Auszahlung der Versicherungssumme ist eine Aufhebung des Versicherungsvertrages im Sinne des § 393 Satz 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Tuberkulosebekämpfung während des Krieges.

Das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose hat einen Aufruf erlassen, worin es heißt: Selbstverständlich erfordert die augenblickliche Not des Vaterlandes, daß alle verfügbaren Kräfte und Mittel zuerst dafür eingesetzt werden, um den Sieg zu erringen und für die Opfer des Kampfes, unsere verwundeten und kranken Krieger, zu sorgen. Dadurch werden nicht nur die größten Anforderungen an die öffentliche Wohltätigkeit gestellt, sondern es werden auch eine große Anzahl derjenigen Personen, die sich in Friedenszeiten der Tuberkulosebekämpfung widmeten, dieser Tätigkeit entzogen. Schon haben zahlreiche Lungenheilstätten geschlossen werden müssen und viele Auskunfts- und Fürsorgestellen für Lungenkranke ihre vorbeugende Tätigkeit eingestellt. Damit erhebt sich die Gefahr, daß der Kampf gegen die Tuberkulose, den gefährlichsten Feind des Volkes, erlahmen könnte. Aber noch weit Schlimmeres ist zu befürchten. Durch die vorzeitige Entlassung von Kranken mit offener Tuberkulose aus den Heilstätten werden die Keime der Tuberkulose im Volke verbreitet. Durch die Schließung der Auskunfts- und Fürsorgestellen wird den Kranken Hilfe und Beratung entzogen und der Ansteckung der gesunden Familienmitglieder durch die Kranken Tür und Tor geöffnet. Es sollte aber gerade während der Kriegszeiten alles geschehen, um zu verhüten, daß dieser Würgeengel von neuem sein Haupt erhebe; denn sonst droht unseren aus dem Kriege heimkehrenden Volksgenossen in der Heimat, am eigenen Herde eine neue viel schlimmere Gefahr als der Krieg gegen den äußeren Feind. Es ergeht deshalb der Aufruf an alle diejenigen Stellen, die sich bis jetzt mit der Tuberkulosebekämpfung beschäftigt haben, diese Tätigkeit auch während des Krieges fortzusetzen und mit allen Kräften dafür zu sorgen, daß der Gefahr einer erneuten Ausbreitung der Tuberkulose in unserem Volke wirksam begegnet werde. Die Tuberkulosefürsorge darf keine Unterbrechung erfahren; wer immer, sei es beruflich, sei es ehrenamtlich, in der Fürsorge für die Tuberkulosen tätig gewesen ist, möge auf seinem Posten verharren, und mögen sich, wo Lücken in den Reihen der Tuberkulosebekämpfer entstanden sind, recht bald freiwillige Helfer und Helferinnen finden, die bereit sind, an diesem edlen Werke für die Volksgesundheit mitzuarbeiten. Das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose wird nach dem Wunsche Ihrer Majestät der Kaiserin in unveränderter Weise bemüht sein, die Tuberkulosearbeit zu fördern und auch während des Krieges Rat und Hilfe in allen auf die Tuberkulosebekämpfung bezüglichen Angelegenheiten zu gewähren.

Bei der Zentralstelle des Roten Kreuzes für Kriegswohlfahrtspflege hat sich ein besonderer Tuberkuloseausschuß gebildet, der es sich angelegen sein läßt, nach jeder Richtung hin für die Aufrechterhaltung der Tuberkulosefürsorge während der Kriegszeit zu sorgen. Zunächst hat dieser Ausschuß, um die in den Heilstätten und Fürsorgestellen durch Abgabe von Personal für die Kranken- und Verwundetenpflege des Heeres entstandenen Lücken auszufüllen, einen

Digitized by Google

Nachweis für Aerzte, Schwestern und sonstiges Pflegepersonal, die bereit sind, an solchen Stellen zu arbeiten, errichtet.

Das Reichsversicherungsamt hat an die seiner Aufsicht unterstellten Landesversicherungsanstalten unterm 29. August d. J. folgendes Rundschreiben gerichtet:

Ueber die Bereitstellung von Heilstätten der Landesversicherungsanstalten zur Unterbringung Verwundeter, die im Rundschreiben des Reichsversicherungsamts vom 3. August d. Js. II. 5151 empfohlen wurde, „soweit es ohne Schädigung überwiegender Interessen der Versicherten möglich ist", hat der bei der Zentralstelle des Roten Kreuzes für Kriegswohlfahrtspflege errichtete Ausschuß für Tuberkulosebekämpfung eingehend verhandelt. Das Ergebnis dieser Erörterungen, an welchem auch die Vorsitzenden der Landesversicherungsanstalten Berlin und Brandenburg beteiligt waren, möge den Vorständen für ihr weiteres Vorgehen als Richtschnur dienen. Es geht dahin:

1. Der Kampf gegen die Tuberkulose darf während des Krieges nicht ruhen. Dies um so weniger, weil infolge des Rückgangs der wirtschaftlichen Lage, der Verschlechterung der Ernährungs- und besonders der Wohnungsverhältnisse ein günstigerer Nährboden für die Seuche und ihre Verbreitung geschaffen wird.

2. Es ist deshalb darauf Bedacht zu nehmen, Kranke mit offener Tuberkulose im Interesse ihrer Umgebung, besonders der Kinder, unschädlich zu machen. Solche Kranke werden nach Möglichkeit Heilstätten zu überweisen und, falls sie in solche bereits aufgenommen waren, dort zu belassen sein. Dabei können Kranke aus verschiedenen Bezirken in einer Heilstätte vereinigt werden. Soweit einer Versicherungsanstalt eigene Heilstätten nicht oder nicht mehr zur Verfügung stehen, werden private Anstalten zu benutzen sein. Aeußerstenfalls sind die allgemeinen Krankenhäuser in Anspruch zu nehmen.

3. Insoweit aus dringendem Anlaß, insbesondere wegen Inanspruchnahme der Heilstätten für Kriegssanitätszwecke, von der Ueberweisung Kranker mit geschlossener Tuberkulose in Heilstätten abgesehen werden muß, soll durch erhöhte Tätigkeit der Auskunfts- und Fürsorgestellen sowie der Walderholungsstätten ein Ausgleich geschaffen werden. Dabei werden die Stellen, auch wenn sie nicht von Versicherungsanstalten selbst errichtet sind und betrieben werden, auf finanzielle Unterstützung der durch sie entlasteten Versicherungsanstalten rechnen dürfen.

Sollte es an Aerzten oder Schwestern fehlen, so ist die vom Deutschen Zentralkomitee vom Roten Kreuz im Reichstagsgebäude, Berlin NW. 7, Sommerstraße, errichtete Zentralstelle für Kriegswohlfahrtspflege (Tuberkuloseausschuß) bereit, soweit möglich Ersatz zu vermitteln.

Ueber die hiernach veranlaßten Maßnahmen wolle der Vorstand binnen zwei Wochen berichten.

Kriegsmaßnahmen des Vereins der freigewählten Kassenärzte in Berlin.

Für die Dauer des Krieges sind folgende Bestimmungen getroffen worden:

1. Die durch den Krieg an der Ausübung ihrer Praxis behinderten Kollegen können sich auch von solchen Aerzten vertreten lassen, die Nichtmitglieder des Vereins der freigewählten Kassenärzte sind.
2. Es wird dringend ersucht, Namen und Adresse der Vertreter unserem Bureau, Potsdamer Straße 136/137 mitzuteilen, damit wir denjenigen Herren Kollegen, die nicht unserem Verein angehören, die notwendigen Instruktionen zugehen lassen können.
3. Für die nachuntersuchenden Aerzte wird Vertretung nicht zugelassen. Die Herren Vertreter werden daher ersucht, Kassenmitglieder, die einer Nachuntersuchung wegen den vertretenden Arzt besuchen wollen, wieder an die Krankenkasse zu überweisen.
4. Die Herren Kollegen wollen darauf achten, daß die öffentlichen Krankenhäuser während des Krieges nur solche Kranken aufnehmen, bei denen die Art der Krankheit unbedingt Krankenhausbehandlung erforderlich macht.
5. Wir erinnern erneut daran, daß die behandelnden Aerzte sich bei Verordnungen von Rezepten an das von der Zentralkommission der Krankenkassen Berlins und der Vororte herausgegebene Arzneiverordnungsbuch halten möchten.

Das Abkommen mit Belgien

über Unfallversicherung vom 6. Juli 1912 (RGBl. 1913 S. 23) ist, wie ein Runderlaß des Reichsversicherungsamts vom 26. August 1914 an die Berufsgenossenschaften bemerkt, mit Ablauf des 4. August 1914 außer Kraft getreten. Damit sind zugleich die Ausführungsbestimmungen vom 12. April und 9. August 1913 (RGBl. S. 248 und 637) hinfällig geworden. — Zu vgl. das Abkommen in ArbVers. 1913 S. 207 und hierzu das. S. 381.

Zur freiwilligen Weiterversicherung der zum Militärdienst einberufenen Krankenkassenmitglieder.

Im Anschluß an unsere Ausführungen in Heft 26 S. 626 interessiert die Mitteilung, daß auch die Stadt Leipzig sämtliche zu den Fahnen einberufenen Pflichtmitglieder der Ortskrankenkasse, ganz gleich, wo sie beschäftigt waren, wenn sie nur in Leipzig gewohnt haben, als freiwillige Mitglieder angemeldet hat, soweit dies nicht von anderer Seite geschehen sein sollte, indem sie sich bereit erklärt hat, für die Beiträge dieser freiwilligen Mitgliedschaft aufzukommen. Sie will auch die Beiträge für die verheirateten Einberufenen, die bisher freiwillige Mitglieder waren, bezahlen. Und die Amtshauptmannschaft Leipzig hat die ihr unterstehenden Verwaltungen angewiesen, das gleiche bezüglich der Kriegsteilnehmer ihrer Gemeindebezirke zu tun.

Allerdings hat die Stadt Leipzig die freiwillige Weiterversicherung nur in der niedrigsten Beitragsklasse vorgenommen, wie ja auch das Versicherungsamt der Stadt Breslau die Arbeitgeber auf die Möglichkeit hingewiesen hat, daß die Versicherung in der untersten Lohnklasse fortgesetzt werden könne. Hiergegen wendet sich der Reichstagsabgeordnete Gräf-Frankfurt a. M. in der „Frankf. Zeitung", indem er an der Hand von Zahlenbeispielen klarmacht, wie sich Leistungen und Gegenleistungen in der niedrigsten und in der höchsten Klasse verhalten. Er schreibt darüber: „Es ist nicht einerlei, ob eine arme Arbeiterfrau das Sterbegeld nach der 6. Lohnklasse mit 120 M. oder nach der niedrigsten Klasse mit nur 20 M. ausgezahlt erhält. 100 M. ist in solchen Fällen ein Vermögen. Es ist nicht einerlei, ob eine Familie im Falle der Verwundung ihres Ernährers 18 M. die Woche oder nur 6 M. erhält. Dauert die Krankenhauspflege 20 Wochen, um nur ein Beispiel zu wählen, dann hat eine Arbeiterfamilie allein 300 M. Schaden zu leiden, wenn die

Digitized by Google

Weiterversicherung aus falschen Sparsamkeitsgründen in der niedrigsten, statt wie bisher in der 6. Lohnklasse, geschieht. Und solche Fälle werden dann leider zu Tausenden eintreten. Im praktischen Falle kann also eine Beitragsersparnis von 1 M. einer Familie einen Schaden von 300 M. verursachen. Die ersten Sterbegelder wurden bereits von der Kasse ausgezahlt, und wie froh waren die Frauen, daß sie 100 oder 120 M. Sterbegeld erhielten, wie froh werden sie sein, wenn sie statt 3 M. alle Woche 18 M. oder wenn die Versicherung nur in der dritten Lohnklasse möglich ist, wenigstens 9 M. erheben können."

Man hat übrigens darauf hingewiesen, daß, wenn es in erster Linie auch sicherlich Sache der Arbeitgeber und der Gemeinden ist, für die Weiterversicherung der Kriegsteilnehmer zu sorgen, doch dafür auch wohl die gewaltigen Mittel der Landesversicherungsanstalten mit verwendet werden könnten. Die Möglichkeit dazu dürfte allerdings in der Bestimmung des § 1274 RVO. gegeben sein, nach welcher die Versicherungsanstalt Mittel aufwenden kann, um allgemeine Maßnahmen zur Verhütung des Eintritts vorzeitiger Invalidität unter den Versicherten oder zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherungspflichtigen Bevölkerung zu fördern oder durchzuführen. Es fragt sich, ob die Aufsichtsbehörden bereit sein werden, die dieserhalb erforderliche Genehmigung zu erteilen.

Von größter Wichtigkeit bleibt jedenfalls die Vorschrift des § 313 RVO., daß die Anzeige von der beabsichtigten Weiterversicherung binnen drei Wochen nach dem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung erfolgen muß, sofern nicht die Satzung eine längere Frist bestimmt. Der Anzeige steht freilich die Zahlung der satzungsgemäßen Beiträge gleich, aber auch für diese gilt die Frist von drei Wochen. Gräf gibt sich in seinem oben erwähnten Artikel der Hoffnung hin, es würden sicher die Kassenvorstände die außerordentlichen Verhältnisse berücksichtigen und auch Meldungen noch annehmen, die um einige Tage verspätet einliefen, aber einer derartigen Praxis können doch gewisse Bedenken entgegenstehen, und daher hat man den Erlaß einer Bundesratsverordnung angeregt, die die Frist für die freiwillige Weiterversicherung der Kriegsteilnehmer verlängert.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und recht deutlich zu schreiben.

Im Falle des § 519 RVO. ist auch der Zeitpunkt des Eintritts in die Ersatzkasse nachzuweisen.

1. **Nach Cassel.** Antwort: Wer das fortige Ruhen der Rechte und Pflichten als Mitglied der Ortskrankenkasse erwirken will, muß den Nachweis seiner Zugehörigkeit zur Ersatzkasse in der Art führen, daß geprüft werden kann, ob er den Antrag rechtzeitig im Sinne des § 519 RVO. gestellt hat, das heißt: er muß insbesondere auch den Zeitpunkt seines Beitritts zur Ersatzkasse nachweisen (vgl. unsere Anmerkung im Heft 28 S. 664). Hat er diesen Nachweis bei der Antragstellung nicht erbracht, so muß er sich gefallen lassen, daß die Ortskrankenkasse die Voraussetzungen des § 519 nicht für gegeben ansieht und den § 520 anwendet. Danach würde der am 3. Juli gestellte Antrag erst vom 1. Oktober ab wirken.

Die Befreiung nach § 169 RVO. braucht sich nicht auf alle Beschäftigten der gleichen Art zu erstrecken.

2. **Nach Oe.** Antwort: Nach § 169 RVO. sind nur diejenigen in Betrieben oder im Dienste der Gemeinde Beschäftigten versicherungsfrei, denen die Gemeinde einen Anspruch der dort bezeichneten Art gewährleistet. Daß sich solche Befreiungen „nur auf ganze Kategorien erstrecken dürfen", dafür bietet das Gesetz keinen Anhalt, und die — an sich durchaus richtige — Erwägung, daß die Gemeinde, wenn es in ihrem Belieben steht, welche von ihren Beschäftigten sie befreien will und welche nicht, in der Lage ist, nur die schlechtesten Risiken der Kasse zu überlassen, diese Erwägung reicht nicht aus, einen Sinn in das Gesetz hineinzutragen, den es nach seiner Fassung nicht hat. Hätte der Gesetzgeber die im § 169 bezeichneten Arbeitgeber nötigen wollen, alle Beschäftigten oder doch ganze Kategorien zu befreien, so hätte er dies zum Ausdruck bringen müssen in ähnlicher Weise etwa, wie dies im § 418 Abs. 2 Ziff. 3 geschehen ist. Sachlich also ist die Entscheidung des Versicherungsamts begründet. Formell enthält sie einen Irrtum, insofern sie auf die „Berufung" als das zulässige Rechtsmittel verweist. Es handelt sich um einen Streit nach § 405 Abs. 2 RVO. Doch kommt es darauf nicht an, weil jede weitere Rechtsverfolgung aussichtslos erscheint.

Verzinsung der vom Gemeindeverbande nach Art. 16 EinfGes. zur RVO. gewährten Vorschüsse?

3. **Nach O.** Frage: Unsere vom Kreisgemeindeverband errichtete Landkrankenkasse hat von diesem zur Inbetriebsetzung der Kasse insbesondere zur Bestreitung der Kosten ihrer ersten Einrichtung Vorschüsse gezahlt erhalten. Nach dem in Abschrift beiliegenden Bescheid des Herrn Regierungspräsidenten sollen wir diese Vorschüsse mit 4 % verzinsen. Weder in Art. 16 des EinfGes. zur RVO. noch in dem in Nr. 12 Jahrg. 1914 ArbVers. S. 283 abgedruckten Erlaß des preuß. Ministers für Handel usw., für Landwirtschaft

Digitized by Google

usw. und des Innern vom 24. März 1914 ist von der Verzinsung der empfangenen Vorschüsse etwas näheres gesagt. Dagegen finden wir in der Broschüre „Die Krankenversicherung der Landarbeiter" von Rechtsanwalt Dr. Knebusch, zweite Aufl. S. 82, Druck und Kommissionsverlag von Willgeroth & Menzel Nachflgr. in Wismar i. M. eine Anmerkung, daß die Vorschüsse, sobald die Kasse das Geld entbehren kann, zinsenlos zurückerstattet werden. Sind wir zur Verzinsung verpflichtet?

Antwort: Eine Pflicht zur Verzinsung einer Geldschuld kann nur beruhen entweder auf Vertrag (Vertragszinsen) oder unmittelbar auf Gesetz (gesetzliche, insbesondere Verzugs- oder Prozeßzinsen). Keine dieser Voraussetzungen liegt vor. Der maßgebende Art. 16 EinfGes. zur RVO. legt der Kasse eine Verzinsungspflicht nicht auf, und man kann auch nicht etwa sagen, daß eine solche von selbst aus dem Begriffe des „Vorschusses" folge, selbst dann nicht, wenn man den Vorschuß als ein auf Grund gesetzlicher Pflicht gewährtes „Darlehn" auffassen will; denn auch von einem Darlehn sind Zinsen nur zu zahlen, wenn sie bedungen sind (§ 608 BGB.) oder wenn der Schuldner mit der Zurückzahlung im Verzug ist (§ 288 BGB.). Entsprechend könnte eine Pflicht der Kasse zur Zahlung von Zinsen nur in Frage kommen, wenn sie an dem gemäß Art. 16 EinfGes. für die Zurückerstattung des Vorschusses bestimmten Tage nicht zahlte. Dem Regierungspräsidenten fehlt jede Ermächtigung, hierüber hinaus der Kasse eine Pflicht zur Verzinsung des Vorschusses aufzuerlegen. Wir empfehlen, ihm dies vorzustellen und nötigenfalls Beschwerde im Dienstaufsichtswege bei dem Minister zu erheben.

Ersatzanspruch der Krankenkasse an die Berufsgenossenschaft im Falle des § 1511 RVO.

4. Nach Thorn. Frage: Nach § 1511 RVO. und § 20 unserer Satzung wird bei einer Krankheit, die die Folge eines entschädigungspflichtigen Unfalls ist, für die Zeit, für welche Unfallrente oder Heilanstaltspflege gewährt wird, Krankengeld nur soviel gewährt, als es den Betrag der Unfallrente übersteigt. Diese Bestimmung hat in der Praxis zu Differenzen mit Berufsgenossenschaften geführt. Die Krankenkasse hat das Krankengeld an den Unfallverletzten auch nach der 13. Woche fortzugewähren. Ihr ist es zunächst nicht bekannt, in welcher Höhe die Unfallrente festgesetzt wird. Sie muß daher das volle Krankengeld bis auf weiteres gewähren. Es wird nun beispielsweise ein Unfallverletzter in der 15. Woche arbeitsfähig, und die Kasse fordert auf Grund der Eingangs gedachten Bestimmungen von der Berufsgenossenschaft die Ueberweisung der vollen Rente, sofern diese niedriger als das Krankengeld ist, für die Zeit vom Beginn der 14. Woche bis zum Tage der Erlangung der Erwerbsfähigkeit, indem sie sich darauf stützt, daß der Unfallverletzte für die gedachte Zeit nicht mehr als das volle Krankengeld erhalten darf. Nun lehnen aber die Berufsgenossenschaften diese Art von Ueberweisung der Rente ab, und bewilligen nach der Bestimmung des § 1506 RVO. der Kasse nur die halbe Rente, während die andere Hälfte dem Verletzten zukommen soll. Da der Verletzte in der Regel zur Rückerstattung an die Kasse schon wegen Zahlungsunfähigkeit nicht angehalten werden kann, so ist die praktische Durchführung der in § 1511 RVO. vorgesehenen Einschränkung schlechterdings unmöglich und illusorisch. Wie kann sich nun die Krankenkasse in solchen Fällen dagegen schützen, daß Ueberzahlungen des Krankengeldes an den Unfallverletzten nach der 13. Woche stattfinden?

Antwort: Im § 1511 ist — anders als im § 1510 — der § 1501 und folglich auch der § 1506 nicht für anwendbar erklärt, und das hat seinen guten inneren Grund. Denn § 1501 und die dort angeführten §§ 1502 bis 1507 über die Beschränkung des Anspruchs der Kasse auf Ersatz aus der Unfallentschädigung setzen voraus, daß die Kasse „pflichtgemäß" für eine Zeit geleistet hat, für die der Berechtigte auch Anspruch auf Unfallentschädigung hatte oder noch hat. Diese Voraussetzung trifft im Falle des § 1511 nicht zu. Wo die Satzung eine dem § 1511 entsprechende Bestimmung enthält, da hat die Kasse für die Zeit, für die Unfallrente gewährt wird, kein Krankengeld zu gewähren (soweit nicht etwa sein satzungsmäßiger Betrag den der Unfallrente übersteigt). Ist die Rente noch nicht festgestellt, so wird sich die Kasse freilich der Krankengeldzahlung nicht entziehen können, aber nur deshalb, weil eben eine tatsächliche Voraussetzung für den Wegfall ihrer Zahlungspflicht noch nicht feststeht. Erfolgt demnächst erst die Feststellung der Rente für eine Zeit, für welche die Kasse bereits Krankengeld gezahlt hat, so schließt dies zugleich die Feststellung ein, daß die Kasse zu jener Krankengeldleistung nicht verpflichtet war. Die Kasse kann daher den vollen Betrag, als ohne rechtlichen Grund gezahlt, vom Versicherten zurückfordern (§ 812 BGB.) und es fragt sich nur noch, ob der Versicherte sich auch die Einbehaltung dieses vollen Betrages von der Unfallrente und die Abführung dieses Teiles der Rente an die Kasse gefallen lassen muß. Dies ist aber in der Tat als der Absicht des Gesetzes entsprechend anzusehen. Der § 1511 bezweckt, es der Kasse freizustellen, für die Zeit der Gewährung von Unfallrente durch die Satzung die Gewährung von Krankengeld „über die im § 1510 bestimmte Anrechnung hinaus" einzuschränken (Komm.Ber. V S. 8). Wie nach § 1510 also, aber ohne die dort vorgesehene Beschränkung, kann die Kasse die Unfallentschädigung auf die Krankengeldleistung anrechnen; d. h. sie kann, wenn die Berufsgenossenschaft die Rente bereits gezahlt hat, das Krankengeld um die Rente kürzen oder, wenn sie (die Kasse) das Krankengeld bereits gezahlt hat, insoweit die Rente für sich fordern.

Strafen wegen Uebertretung von Vorschriften über die hausgewerbliche Krankenversicherung sind nach dem Notgesetz nicht mehr zulässig.

5. Nach Hartenstein. Antwort: Das Notgesetz, betreffend Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen (hier S. 569), ist am 4. August d. J. in Kraft getreten. Erst von diesem Zeitpunkt ab sind die Vorschriften über die hausgewerbliche Krankenversicherung außer Kraft gesetzt. Daher sind auch die bis dahin fällig gewordenen Zuschüsse der Arbeitgeber, wie die im § 3 ausdrücklich erwähnten „Beiträge", unberührt geblieben. Die Kasse kann sie noch jetzt nachfordern und es kann nicht davon die Rede sein, daß die bereits gezahlten Zuschüsse für die Zeit vor dem 4. August zurückgefordert werden könnten. Dagegen ist eine Bestrafung aus § 530 RVO., soweit diese Vorschrift sich auf die hausgewerbliche Krankenversicherung bezieht, jetzt schlechthin nicht mehr zulässig, auch wenn es sich um eine vor dem 4. August begangene Zuwiderhandlung

Digitized by Google

handelt. Denn im Gebiete des Strafrechts ist es allgemeiner Grundsatz, daß ein Gesetz, welches die Strafbarkeit gewisser Handlungen aufhebt, auch hinsichtlich solcher Handlungen zur Geltung zu bringen ist, die vor dem Inkrafttreten des neuen Gesetzes begangen sind. Indem das Gesetz vom 4. August ganz allgemein die Vorschriften über die hausgewerbliche Krankenversicherung außer Kraft setzte, hob es insoweit auch die Strafbestimmungen des § 530 RVO. auf, so daß diese schlechthin nicht mehr angewandt werden dürfen, auch wenn ihre Uebertretung in die Zeit vor dem 4. August fällt.

Fortzahlung der Beiträge bis zur Abmeldung bei mehreren gleichzeitigen Arbeitsverhältnissen.

6. Nach Berlin-Steglitz. Frage: Die Aufwartefrau A. ist mit dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung am 1. Januar 1914 von den Arbeitgebern B. und C. zur Anmeldung gelangt. Die Krankenkassenbeiträge sind von dem Arbeitgeber B., weil bei diesem Frau A. längere Zeit täglich tätig war als bei dem Arbeitgeber C., eingezogen worden. Frau A. ist am 3. Juli 1914 beim Arbeitgeber C., der also an die Krankenkasse keine Beiträge zahlte, ausgetreten; die Abmeldung erfolgte verspätet erst am 7. August 1914. Auf Grund des § 397 RVO. haben wir dem Arbeitgeber C. für die Zeit vom 6. Juli 1914 (Beginn der nächsten Woche nach dem 3. Juli 1914) bis zum 7. August 1914, d. i. bis zum Tage der verspäteten Abmeldung die Beiträge mit der vollen stufenmäßigen Höhe in Rechnung gestellt. Gegen diese auf Grund des § 397 RVO. erfolgte Belastung mit Beiträgen wird von dem Arbeitgeber C. Widerspruch erhoben mit dem Hinweis darauf, daß eine Zahlung wegen verspäteter Abmeldung nicht in Frage kommen könne, weil von dem Arbeitgeber B. die Beiträge ohnehin schon gezahlt werden. Wir nehmen den Standpunkt ein, daß die Beitragsberechnung aus § 397 RVO. zu Recht besteht und entnehmen dies besonders aus den Anführungen Hahn's in der VII. Auflage seiner „Krankenversicherung", aus welchen sich ergibt, daß der Sinn dieser Vorschrift dahin gehe, die Arbeitgeber zur vorschriftsmäßigen Abmeldung anzuhalten. Durch den Arbeitgeber C. ist die Vorschrift des § 317 Abs. 1 RVO. verletzt worden, und es ist nicht einzusehen, warum bei ihm eine Beitragszahlung infolge verspäteter Abmeldung nicht Platz greifen sollte, während jeder andere Arbeitgeber die Folgen einer Verletzung der erwähnten Bestimmung ohne weiteres tragen muß. Wo auf Grund des § 530 Abs. 2 RVO. der Anlaß gegeben ist, gegen einen Arbeitgeber wegen Verletzung der Meldevorschriften eine Strafe auszusprechen, muß nach unserer Ansicht eine Berechnung der Beiträge, wie geschehen, erfolgen. Hahn weist ausdrücklich darauf hin, daß auch dann die Beiträge zu zahlen seien, wenn ein Versicherter inzwischen in ein anderes versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis übertritt, und der neue Arbeitgeber gleichfalls Beiträge für ihn zu zahlen hat. Der Arbeitgeber C. glaubt jedenfalls, es könne deswegen keine Beitragszahlung in Frage kommen, weil er während der Beschäftigung der Aufwärterin A. Zahlung an die Kasse nicht geleistet hätte. Gerade die letzterwähnte Anführung Hahn's spricht aber u. E. ausschlaggebend für unsere Auffassung, wenn auch in dem Kommentar selbst auf einen solchen Fall, wie er hier gegeben, nicht Bezug genommen ist.

Antwort: Wir können Ihre Auffassung nicht teilen; sie läßt sich auch nicht aus den Ausführungen von Hahn herleiten. Allerdings ist jeder der mehreren Arbeitgeber selbständig zur Meldung verpflichtet und für Unterlassungen verantwortlich (Seelmann in ArbVers. 31 S. 301). Daher war C. auch verpflichtet, das Aufhören der Beschäftigung bei ihm zu melden. Unterließ er es, so war die Folge davon die, daß die Beiträge nach § 397 Abs. 1 RVO. fortzuzahlen waren. Aber diese Beiträge waren für die beiden Beschäftigungsverhältnisse unter Zugrundelegung des Gesamtlohns einheitlich zu berechnen (Seelmann S. 302), und jeder der beiden Arbeitgeber haftete als Gesamtschuldner für die vollen Beiträge (§ 396 RVO.). Das bedeutet, daß die Kasse diese Beiträge nur einmal fordern, sich aber nach Belieben an einen der beiden Schuldner halten durfte und daß die von diesem geleistete Zahlung auch für den anderen Schuldner wirkte (§§ 421, 422 BGB.). Die vollen Beiträge, welche B. an die Kasse weiter zahlte, galten daher zugleich als Beiträge des C. Daher ist dem § 397 Abs. 1 RVO. genügt, so daß die Kasse von C. nichts weiter fordern kann.

Erneuter Anspruch auf Krankenhilfe bei freiwilliger Weiterversicherung.

7. Nach Wittenberge. Antwort: Da die Versicherte, nachdem sie 26 Wochen hindurch Krankenhilfe erhalten, von ihrer Krankheit überhaupt noch nicht geheilt und noch nicht wieder arbeitsfähig geworden ist, handelt es sich bei der nun neu nötig gewordenen ärztlichen Behandlung nicht nur um die alte Krankheit im medizinischen Sinne, sondern auch um denselben Versicherungsfall im Rechtssinne, wegen dessen die Versicherte bereits vollständig „ausgesteuert" ist. Daher kann sie einen neuen Anspruch nicht geltend machen. Daß es sich jetzt um freiwillige Weiterversicherung handelt, ist dabei gleichgültig, denn diese bleibt grundsätzlich so weiter bestehen, wie die Zwangsversicherung zuletzt bestand. Daß die Kasse die Beiträge für die freiwillige Weiterversicherung annahm, war ganz in der Ordnung; sie war gar nicht befugt, diese wegen bereits bestehender Krankheit und Arbeitsunfähigkeit abzulehnen (Hahn, Handb., Anm. 3 zu § 313 RVO.). Die Weiterversicherung konnte ja auch immerhin für eine wirklich neue Erkrankung Wert haben. Uebrigens ist es auch unerheblich, daß die Krankenhilfe auf die Dauer von 26 Wochen in der Zeit vor Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung gewährt ist.

Anspruch gegen die Krankenkasse wegen Aufnahme eines Versicherten in eine Trinkerheilanstalt.

8. Nach Penzig. Frage: Der hiesige Gemeindevorsteher hat ein Mitglied unserer Kasse, einen jungen ledigen Menschen, welcher der Trunksucht ergeben war, ohne uns zu verständigen, in eine Trinkerheilanstalt bringen lassen. Jetzt schickt uns der Gemeindevorsteher die Rechnung über Verpflegung in der Anstalt in Höhe von 20 M. und ca. 10 M. Transportkosten unter Beifügung des beiliegenden ärztlichen Attestes.

Digitized by Google

Unsere Kasse ist zur Krankenhauspflege nicht verpflichtet und möchten wir nun gern wissen, ob wir die Kosten bezahlen müssen oder ob wir nur gemäß § 120 RVO. das Krankengeld zu bezahlen haben.

Antwort: Auf § 120 RVO. kann der Anspruch des Gemeindevorstehers nicht gegründet werden; denn diese Vorschrift setzt eine vorgängige Anordnung des Versicherungsamts nach § 121 voraus. Das ärztliche Zeugnis ergibt aber, daß der Versicherte an Trunksucht auf krankhafter Grundlage litt. Wenn außerdem (wie es scheint) die Voraussetzungen armenrechtlicher Hilfsbedürftigkeit vorlagen und wenn der Gemeindevorsteher bei der Unterbringung des Versicherten als Organ des Armenverbandes gehandelt haben sollte, so würde diesem ein Anspruch gegen die Kasse auf Grund der §§ 1527, 1531 bis 1533 RVO. zustehen. Die Kasse würde zu ersetzen haben für die Krankenpflege (einschließlich des Transports, der nötig war, um diese Pflege zu ermöglichen) $^3/_8$ des Grundlohns und für den Unterhalt in der Heilanstalt $^1/_2$ des Grundlohns.

Zahlung der Beiträge bis zur Abmeldung trotz vorheriger Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses.

9. Nach Luckau. Antwort: Die Beiträge müssen bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung fortgezahlt werden, auch wenn diese rechtzeitig erfolgt und das Beschäftigungsverhältnis schon vorher beendet war; für den Tag der Abmeldung muß noch gezahlt werden. (Vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 4, Stier-Somlo, RVO., Anm. 3 zu § 397.) Hat der Arbeiter noch am Sonnabend gearbeitet, ist aber am Montag, ohne vorher etwas zu sagen, fortgeblieben, so muß dennoch der Arbeitgeber für Montag, an welchem er jenen abmeldete, Beitrag zahlen. Da er keinen Abzug vom Lohn machen kann, so führt diese herrschende Ansicht, die sich auf den Wortlaut des § 397 Abs. 1 stützt, allerdings zu einer Unbilligkeit, die um so größer ist, wenn die Beiträge für volle Wochen im Voraus zu entrichten sind. Der Arbeitgeber muß dann für eine ganze Woche zahlen, obwohl er seiner gesetzlichen Meldepflicht voll genügt hat, der Arbeiter nicht mehr in dieser Zeit für ihn tätig und auch nicht mehr Kassenmitglied war; denn die Mitgliedschaft endet bereits mit der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses, nicht erst mit der Abmeldung.

Befreiung von der Versicherungspflicht in der Landwirtschaft.

10. Nach Stolp. Antwort: a) Da die Befreiung aus § 418 RVO. nur für die Dauer des Arbeitsvertrags gilt (§ 419), so muß, wenn der Arbeitgeber sein Besitztum verkauft, der neue Besitzer, auch wenn er die Verträge mit den Arbeitnehmern in vollem Umfange übernimmt, die Befreiung neu beantragen. Der Eintritt in die Privatrechte und -pflichten des Vorbesitzers kann nicht ohne weiteres die im § 418 vorgesehene öffentlichrechtliche Wirkung nach sich ziehen, die das Gesetz von einer persönlichen Entschließung des Arbeitgebers und seiner persönlichen Leistungsfähigkeit abhängig macht. Zweifelhafter kann diese Frage sein, wenn der Arbeitgeber stirbt und Erben an seine Stelle treten. Hier wird man wohl aber nach der Natur der Gesamtrechtsnachfolge annehmen können, daß die Erben den Willen des Erblassers fortsetzen und daß der von diesem gestellte Antrag, wie ein von den Erben selbst gestellter, fortwirkt; bestehen Bedenken gegen die Leistungsfähigkeit der Erben, so greift § 419 Abs. 1 Satz 2 Platz.

b) Die Befreiung aus § 418 ist von der Voraussetzung abhängig, daß der Arbeitgeber den Antrag für seine sämtlichen in der Landwirtschaft Beschäftigten stellt. Hat er dies getan und stellt er demnächst neue Versicherungspflichtige ein, so muß er auch für diese die Befreiung beantragen. Tut er es nicht, so ist die Befreiung der anderen zu widerrufen (Hahn, Anm. 3 zu § 418 S. 596).

c) Die durch Verhandlungen und Erhebungen über Befreiungsanträge entstehenden Kosten (Schreib- und Portoauslagen usw.) der Kasse hat sie selbst zu tragen; im Beschwerdeverfahren trägt diese Kosten der Bundesstaat oder der Gemeindeverband (§§ 59, 80 RVO.). Für einen Erstattungsanspruch gegen den Arbeitgeber bietet das Gesetz keine Grundlage.

Ersatzanspruch der Krankenkasse gegen die Berufsgenossenschaft.

11. Nach Brandenburg. Antwort: Wenn Sie das infolge eines Unfalls erkrankte Mitglied Ihrer Kasse während der Zeit, in der Sie ihm gemäß § 573 RVO. erhöhtes Krankengeld zahlten, einem Erholungsheim überwiesen, so handelt es sich dabei um eine freiwillige Mehrleistung Ihrer Kasse nach § 187, nicht, wie bei der Krankenhauspflege nach § 184, um eine Leistung an Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes. Ihr Anspruch gegen die Berufsgenossenschaft auf Erstattung des erhöhten Krankengeldes, auch für die Zeit des Aufenthaltes des Versicherten in dem Erholungsheim nach §§ 1501, 576 RVO. ist daher begründet.

Versicherungspflichtige Beschäftigung in einem verbotenen Gewerbe. — Kassenmitglied als Privatpatient des Kassenarztes.

12. Nach Dessau. Frage: Eine Aufwärterin, die im Bordellbetriebe beschäftigt wurde, wurde von der Kasse für nicht versicherungspflichtig gehalten. Die ArbVers. stimmte unserer Auffassung bei. Durch Vorentscheidung des hiesigen Versicherungsamts wurde jedoch die Versicherungspflicht ausgesprochen und diese Entscheidung vom Oberversicherungsamt bestätigt. Die Aufwärterin war vom 22. bis 28. Januar 1914 krank und stand in Behandlung eines unserer Kassenärzte. Dieser hat, wie er selbst zugibt, gewußt, daß ein Streit über die Mitgliedschaft schwebt. Er hat der Patientin eine Rechnung über 20 M. zugestellt. Sie hat auch schon die Hälfte des Betrages bezahlt und verlangt, daß ihr der volle Betrag der Rechnung von 20 M. von der Kasse erstattet werde. Der Arzt, obgleich er unser Kassenarzt ist und die Mitgliedschaft der Aufwärterin als seit 1. Januar 1914 bestehend durch obengenannte Entscheidungen festgestellt ist und obgleich er wußte, daß ein Streit um die Mitgliedschaft der Aufwärterin geführt wurde, beanspruchte die Zahlung in Höhe von 20 M. und verweigert das ihm angebotene Pauschale seitens der Kasse. Wie ist nun die Rechtslage?

Antwort: Unsere Auskunft entsprach der — so weit wir übersehen — unangefochtenen Auffassung der Behörden und der Kommentare (zu vgl. z. B. Reger 21 S. 42, Anleitung des RVA. v. 26. April

Digitized by Google

1912 Ziff. 9, letzter Absatz; Hoffmann, Anm. 23d zu § 165 RVO.). Wir können daher nur annehmen, daß im gegebenen Falle besondere Umstände vorgelegen haben, die zu der Annahme führten, daß die Beschäftigung nicht als eine Beihilfe zur Ausübung eines verbotenen Gewerbes anzusehen sei. Jedenfalls muß sich die Kasse nun mit der Entscheidung abfinden und die gebotenen Folgerungen daraus ziehen. Da sie der jetzt mit Wirkung vom 1. Januar ab als Mitglied anerkannten Aufwärterin die Krankenhilfe verweigert hatte, muß sie ihr nunmehr die Kosten der selbstbeschafften Krankenhilfe ersetzen. Sie konnte ärztliche Behandlung nur als Privatpatientin erlangen, und auch der Kassenarzt konnte, gerade weil er wußte, daß die Kasse die Mitgliedschaft der Kranken nicht anerkannte, diese nur als Privatpatientin behandeln. Er war also nicht an die Sätze, die mit der Kasse vereinbart sind, gebunden, sondern durfte nach der Gebührenordnung liquidieren. Damit ist die Sache im Verhältnis zwischen ihm und seiner Patientin erledigt, und die Kasse hat dieser (in den Grenzen der Gebührenordnung) Ersatz zu leisten oder, soweit die Zahlung noch aussteht, sie von ihrer Schuld gegenüber dem Arzte zu befreien. Durch die nachträgliche Feststellung der Mitgliedschaft kann hieran nichts mehr geändert werden. Auch im Verhältnis der Kasse zum Arzte fehlt es an jedem Rechtsgrunde, aus dem gefordert werden könnte, daß der Arzt seinen durch die übernommene Privatbehandlung begründeten Anspruch nachträglich ermäßige.

Versicherungspflicht bei Sinken des Jahresarbeitsverdienstes unter die Obergrenze (§ 165 Abs. 2, § 1226 Abs. 2 RVO.).

13. Nach Hagen i. W. Frage: Infolge der Kriegslage und der ungünstigen Geschäftslage haben sich einzelne Arbeitgeber veranlaßt gesehen, die Gehälter ihrer Angestellten herabzusetzen. Durch diese Maßnahme werden viele Personen, die bisher ein Einkommen von mehr als 2000 M hatten und nun weniger beziehen, versicherungspflichtig. Der Vorstand einer Landesversicherungsanstalt soll die Auskunft erteilt haben, daß für diese Personen Marken nicht verwendet zu werden brauchen, weil der Zustand ein vorübergehender sei. Trifft das zu?

Antwort: Wir halten die Auskunft für unrichtig. Es handelt sich nicht um schwankende Bezüge, so daß eine Durchschnittsberechnung geboten wäre und unter Umständen gesagt werden könnte, es sei nicht sicher, daß der „regelmäßige" Jahresarbeitsverdienst den Betrag von 2000 (bei der Krankenversicherung 2500) M. nicht übersteige. Vielmehr ist der Entgelt für nicht absehbare Zeit auf einen fest bestimmten Betrag bemessen, der auf das Jahr einen die Obergrenze nicht übersteigenden Betrag ergibt. Daher ist die Voraussetzung der Versicherungspflicht nach § 165 Abs. 2, § 1226 Abs. 2 RVO gegeben.

Kein Ausgleichsanspruch aus § 197 RVO. im Falle des § 440 RVO.

14. Nach Jena. Frage: Nach § 440 RVO. kann die Landesregierung bestimmen, das Dienstboten versicherungsfrei sind, wenn ihnen eine den Regelleistungen der Krankenkassen gleichwertige Fürsorge gewährleistet ist. Wir sind im Zweifel, ob ein Anspruch nach § 197 RVO. nicht auch gegen eine derartige Einrichtung erhoben werden kann, wenngleich zwar in § 197 nur von Krankenkassen die Rede ist.

Antwort: Wir halten den Zweifel nach der Fassung des § 197 und im Hinblick auf § 225 für unbegründet.

Lösung des Dienstverhältnisses infolge der Einberufung zum Kriegsdienst.

15. Nach G. Fragen: a) Ein im Jahresvertrage stehender verheirateter Deputatknecht ist am 2. August zum Heeresdienst eingezogen und von diesem Tage ab von dem Arbeitgeber innerhalb der dreitägigen Frist abgemeldet worden. Die Familie des Einberufenen hat von dem Arbeitgeber fernerhin freie Wohnung und einige Naturalien erhalten. Ob Barlohn weitergezahlt ist, hat nicht ermittelt werden können. Der Einberufene ist nun am 12. September von der Militärverwaltung wegen Lungenentzündung entlassen und fordert von der Krankenkasse auf Grund seiner früheren Mitgliedschaft (1. Januar bis 2. August) für die Dauer der ihm auferlegten Schonung von mindestens 4 Wochen Krankengeld. Anscheinend ist das Arbeitsverhältnis nicht gelöst, da der Kranke nach Beendigung des Krieges sofort wieder in seinen Dienst getreten wäre. Da die Abmeldung vorschriftsmäßig erfolgt ist, sind wir der Ansicht, daß der Anspruch nicht begründet ist. Trifft solches zu?

b) Ein Vorschnitter ist am 2. August eingezogen und am 5. September erst von dem Arbeitgeber abgemeldet mit Wirkung vom 2. August. Da die Abmeldung nicht rechtzeitig erfolgt ist, haben Beiträge bis 5. September erhoben werden müssen. Am 7. September ist der Einberufene im Osten gefallen. Ist der von der Witwe erhobene Anspruch auf Sterbegeld begründet?

Antwort: a) Daß der Vertrag auf ein Jahr geschlossen war, schließt nicht aus, daß das Beschäftigungsverhältnis aus besonderen Gründen schon vorher gelöst wurde. Die Abmeldung durch den Arbeitgeber bewirkt zwar für sich allein nicht die Beendigung der Mitgliedschaft, aber sie legt doch die Annahme nahe, daß der Arbeitgeber das Dienstverhältnis wegen der Einziehung des Arbeiters zum Kriegsdienst aufgekündigt hat (§ 626 BGB.), zumal wenn Barlohn nicht weiter gezahlt wurde. Die Weitergewährung der Sachleistungen wäre in diesem Falle nur als Unterstützung der Familie anzusehen. Unter dieser Voraussetzung, die vielleicht noch sicherer festzustellen wäre, würde ein Anspruch aus der Mitgliedschaft, die am 2. August erloschen wäre, nicht begründet sein, und es käme nur ein Anspruch aus § 214 RVO. in Betracht, falls die Erkrankung in der Dreiwochenfrist eingetreten sein sollte; aber auch ein solcher Anspruch fiele weg, wenn die Erkrankung im Ausland eingetreten ist (§ 214 Abs 3).

b) Das Beschäftigungsverhältnis und somit die Mitgliedschaft dürfte, aus gleichen Gründen wie zu a, mit der Einziehung am 2. August erloschen sein, wenngleich die Abmeldung erst später erfolgte. Daß die Beiträge gemäß § 397 fortgezahlt werden mußten, bewirkte keine Verlängerung der Mitgliedschaft. Ein Rechtsgrund für den Anspruch auf Sterbegeld ist nicht zu erkennen.

Für die Redaktion verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 64.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Dippe; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe; Geh. Regierungsrat Professor Dr. Laß, Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Rat Dr. Olshausen; Geheimrat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1081 der ganzen Folge

31. Jahrgang | 1. November 1914 | Heft 31

Die Gewährung der Krankenkassenleistungen an die Kriegsteilnehmer in der Praxis.

Von Friedrich Kleeis in Halle a. S.

Während sich noch die Theoretiker über die Anwendung der Reichsversicherung in der Kriegszeit auseinandersetzen, waren die Versicherungsträger und insbesondere die Krankenkassen gezwungen, zu den mannigfachen Streitfragen Stellung zu nehmen. Für manche der Kriegsteilnehmer, die ihre Kassenmitgliedschaft aufrecht erhalten haben, wurden Unterstützungsansprüche gestellt, und die Kassenverwaltungen mußten sie entweder anerkennen oder ablehnen.

Soweit sich übersehen läßt, haben im Großen und Ganzen die Kassenverwaltungen ihre Pflicht, für verwundete oder erkrankte Kriegsteilnehmer genau so zu sorgen wie für andere Mitglieder, anerkannt. Ueber die Verpflichtung, für einen innerhalb drei Wochen nach Ausscheiden aus der Kasse oder für einen als freiwilliges Mitglied verstorbenen Kriegsteilnehmer das Sterbegeld zu zahlen, besteht in der Praxis keine Meinungsverschiedenheit und es ist uns keine Kasse bekannt geworden, die diese Unterstützung versagt hätte.*) Auch darüber besteht Einstimmigkeit, daß dem aus dem Militärdienstentlassenen freiwilligen Mitgliedern selbst für Unterstützungsfälle, die auf den Kriegsdienst zurückzuführen sind, die Kassenleistungen ungeschmälert zustehen. Nur darüber herrschen noch Meinungsverschiedenheiten, ob den noch im Militärverhältnis stehenden Versicherten selbst die Kassenfürsorge zusteht. Trotzdem diese Frage in der Literatur von Autoritäten wie Wirkl. Geh. Ober.-Reg.-Rat Dr. Hoffmann, Professor Stier-Somlo, Geh. Justizrat Hahn, Stadtrat von Frankenberg, und von Männern der Praxis wie Fräßdorf und Lehmann u. s. w. bejaht worden ist, gibt es doch noch einige Stellen, die sie verneinen. Es sei z. B. an die abweichende Ansicht von Kaskel (vergl. darüber ArbVers. S. 605 Ziff. 1), Rundschreiben des Oberversicherungsamtes Stuttgart vom 13. August (ArbVers. S. 590) verwiesen, das die Ansicht vertritt, „daß an verwundete Kriegsteilnehmer Krankengeld nicht zu leisten sei, weil ihnen kein Arbeitsverdienst entgehe." Wo wird sonst die Frage, ob Arbeitsverdienst entgeht, gestellt? Jeder freiwillig versicherte Rentier erhält Krankengeld. Auch der Vorstand der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin hat bisher die Krankenunterstützung in den in Rede stehenden Fällen abgelehnt, um durch eine Entscheidung zu einer Klärung der Frage zu kommen. Selbst der „Vorwärts" sagt in seiner Nr. 271 auffälligerweise ebenfalls, daß er die Frage, ob Verwundete Krankengeld beziehen können, nicht zu bejahen vermöge. Zu vergl. dagegen ArbVers. Seite 605 Ziffer 1.

*) Auch wenn der Kriegsteilnehmer im Auslande verwundet und gestorben ist? Zu vgl. § 214 Abs. 3 RVO. und ArbVers. 1914 S. 702 Ziff. 5 (Anmerkung der Schriftleitung.)

Digitized by Google

Der Krankenkassenverband in Stuttgart hat sich in einer Eingabe gegen den vorstehend erwähnten Erlaß des OVA. in Stuttgart gewendet, in der er u. a. darauf hinwies, daß mit der freiwilligen Fortsetzung der Versicherung der Versicherte gerade seine Ansprüche an die Krankenkasse wahren wolle für den Fall, daß er erkrankt in einer Zeit, in der er erwerbslos oder nichtversicherungspflichtig tätig ist. Erkrankt er nun in einer Zeit, in der er dem Vaterlande Kriegsdienste leistet, so dürfe doch aus diesem Umstand für ihn kein Rechtsnachteil abgeleitet werden. Wenn die Krankenkassen denjenigen freiwillig Versicherten, die während der Kriegsdienstleistung erkranken, das Krankengeld verweigern würden, so würde dadurch nicht nur eine starke und wohl auch nicht unbegründete Mißstimmung in den beteiligten Kreisen entstehen, sondern es würden auch eine große Anzahl von Beschwerden angebracht werden.

Darauf hat das RVA., Abteilung für Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenen-Versicherung unterm 12. September 1914 (II. K. 1073/14) dem Krankenkassenverband in Stuttgart folgenden Bescheid erteilt:

„Das RVA. hat sich bereits am 11. August 1914 auf Anfrage dahin geäußert, daß die Zahlung von Sterbegeld im Falle der Weiterversicherung von Kassenmitgliedern, die im Felde stehen, unbedenklich sei. Die Frage, ob ein Anspruch auf Gewährung von Krankengeld bestehe, sei zweifelhaft. Das RVA. neige aber vorbehaltlich einer instanziellen Entscheidung zur Bejahung dieser Frage. (gez.) Dr. Kaufmann."

Der weitaus größte Teil der Kassen gewährt von Anfang an in allen erörterten Fällen und somit ausnahmslos die Unterstützung auch an Kriegsteilnehmer. Ueber die Art und Weise, wie sie das handhaben, gibt folgende Uebersicht Aufklärung.

1. Gewährung von Sterbegeld. Wird die Beerdigung im Kriegsdienst verstorbener Mitglieder von der Militärverwaltung besorgt, haben nur die Witwe oder die Kinder, Eltern oder Geschwister Anspruch auf Sterbegeld und nur dann, wenn der Verstorbene vor seiner Einberufung in häuslicher Gemeinschaft mit ihnen gelebt hat. (Ueber diese Voraussetzung: ArbVers. S. 605 Ziff. 1.) Werden Beerdigungskosten nachgewiesen, sind diese bis zur Höhe des Sterbegeldes zu ersetzen. Bezüglich eines allenfalsigen Ueberschusses gilt das vorher Gesagte.

Zur Anweisung und Auszahlung des Sterbegeldes kann das allgemein bei den Kassen übliche Formular verwendet werden. Die Allgemeine Ortskrankenkasse München versieht diese Formulare in den hier erörterten Fällen mit dem Stempel „Krieg" und beachtet folgende Regeln: Weist der, welcher Anspruch auf Sterbegeld erhebt, eine amtliche Mitteilung oder eine sonstige Sterbeurkunde vor, ist deren Einsichtnahme und der Sterbetag von dem Abteilungsvorstand auf der Unterstützungsanweisung zu bescheinigen. Kann weder eine amtliche Mitteilung noch eine Sterbeurkunde vorgewiesen werden, so wird von der Kasse eine Bestätigung vom Kriegsministerium eingeholt. Ist auch dieses nicht möglich, ist zunächst die Verwaltungsdirektion der Kasse zu verständigen und deren Weisung abzuwarten. Daß der Verstorbene vor seiner Einberufung mit den Antragstellern in häuslicher Gemeinschaft gelebt hat, ist auf einem besonderen Vordruck, der ebenfalls mit dem Kennwort „Krieg" versehen ist, von der Polizeibehörde zu bescheinigen. Die Ortskrankenkasse Cottbus nimmt die Auszahlung des Sterbegeldes auch auf Grund der Mitteilungen (Feldpostkarten ꝛc.) der militärischen Vorgesetzten der Verstorbenen vor.

Im übrigen sind die Standesämter, in deren Bezirk der Verstorbene vor seiner Einberufung zuletzt gewohnt hat, zur Ausstellung von Sterbeurkunden verpflichtet. Ueber die Todeserklärung Vermißter und Verschollener vergl. Hahn in ArbVers. 1914 S. 564.

2. Gewährung von Krankengeld. Für die im Kassenbezirk befindlichen Kranken wird in der Regel der übliche Krankenschein oder die übliche Krankenkarte und die gleiche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung wie für die übrigen Mit-

Digitized by Google

glieder ausgegeben. Bei der Allgem. Ortskrankenkasse München werden Krankenkarte, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, Krankenbogen und Kontrollzettel mit dem Stempel „Krieg" versehen.

Einer Krankenaufsicht durch die Kasse werden nur die in Privatwohnungen befindlichen Kranken, nicht aber die in Lazaretten, Krankenhäusern, Schulhäusern oder sonstigen Anstalten Untergebrachten, unterliegen. So hält z. B. die Allgem. Ortskrankenkasse Plauen eine Kontrolle der Verwundeten in der Annahme nicht für notwendig, „daß die Militärärzte oder ein Lazarett die Arbeitsunfähigkeit nicht länger bescheinigen, als sie objektiv vorhanden ist".

Für die außerhalb des Kassenbezirks befindlichen Kranken wird in der Regel die Krankenkarte nicht ausgegeben. Die Allgem. Ortskrankenkasse München gibt für diese Fälle eine besonders hergestellte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung heraus. Dieselbe hat die äußere Form einer Postkarte und ist vom behandelnden Arzt hinsichtlich der Dauer und Art der Krankheit auszufüllen und mit dem Siegel oder Stempel des Truppenteils, der Lazarett- oder Krankenhausverwaltung zu versehen. Auf Grund dieser Karte wird das Krankengeld berechnet und zur Auszahlung gebracht. Selbstverständlich kommt in diesen Fällen ebenfalls die Krankenaufsicht der Kasse in Wegfall, sofern es sich nicht um Kranke handelt, die in Privatwohnungen untergebracht sind. Die Ortskrankenkasse für das Buchdruckgewerbe in Berlin begnügt sich mit einer „amtlichen Bestätigung" darüber, daß der Kranke in einem Lazarett oder sonstwo behandelt und verpflegt wird. In dieser Bestätigung ist erstmalig anzugeben, seit wann die Behandlung und Verpflegung stattfindet. Nur wenn der Kranke nicht in einer Anstalt verpflegt wird, sondern sich bei Familienangehörigen oder Privatleuten befindet, muß die Erwerbsunfähigkeit durch ein ärztliches Zeugnis nachgewiesen werden. In der gleichen Weise verfährt auch die Allgemeine Ortskrankenkasse Bremen, die sich mit einer Bescheinigung des Lazarettvorstehers begnügt. Alle diese Erleichterungen hat auch die Allgemeine Ortskrankenkasse für das rechtsrheinische Düsseldorf eingeführt, die mitteilt, daß sie schon an eine ganze Reihe verwundeter Kriegsteilnehmer Krankengeld gezahlt hat.

Die Aushändigung des Krankengeldes kann ohne Bedenken auch an die Familienangehörigen des Anspruchsberechtigten vorgenommen werden, wenn sie die nötigen Unterlagen beschaffen. Alle Kassen verfahren auch dementsprechend.

3. Hausgeld nach § 186 RVO. kann nach überwiegender Meinung der Kassen nicht in Frage kommen, da nicht die Kasse die Krankenhausverpflegung angeordnet hat, was doch Voraussetzung für den Anspruch auf das Hausgeld wäre. Nach den gesetzlichen Bestimmungen ist dieser Standpunkt auch einwandfrei. Rein sachlich genommen, käme freilich die Gewährung von Hausgeld wenigstens für die in Lazaretten 2c. Untergebrachten („Taschengeld") den vorhandenen Anschauungen und Bedürfnissen am meisten entgegen. Die Ortskrankenkasse Königsberg teilt auch mit, daß sie nur dieses Hausgeld zur Auszahlung bringt.

4. Krankenpflege oder ein Ersatz für solche aus Kassenmitteln kann für die noch im Militärverhältnis stehenden Versicherten nicht in Frage kommen, da die Heeresverwaltung für Heilbehandlung aufzukommen hat und demgemäß die Kassen auch nicht zu Leistungen aus den §§ 182 Ziffer 1, 184, 185 2c. verpflichtet sind. (Vergl. auch Hahn in ArbVers. 1914, S. 563.).

5. Alle ausgezahlten Kranken- und Sterbegelder für Kriegsteilnehmer sind bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse München auf gesonderten Ausgabebelegen zu buchen, die mit dem Stempel „Krieg" versehen sind. Die Unterstützungsfälle, die bei Ausübung des Kriegsdienstes entstanden sind, werden im Krankenbuch gleichfalls mit dem Stempel „Krieg" kenntlich gemacht. Diese Kennzeichnungen sollen späteren statistischen Zwecken dienen.

Digitized by Google

An besonders bemerkenswerten Einzelheiten ist von der Allgemeinen Ortskrankenkasse Barmen zu berichten, daß sie den Familienangehörigen der Eingezogenen, auch wenn dieselben keine Mitglieder der Kasse mehr sind, freie ärztliche Behandlung gewähren. Das ist indes nur dadurch möglich, daß die Kasse mit den Aerzten die Vereinbarung getroffen hat, diese Behandlung unentgeltlich zu besorgen. Eine Einrichtung, die auch anderwärts versucht werden könnte und inzwischen auch in Eisleben und anderen Orten gleichfalls erzielt wurde.

Im allgemeinen sollten die Kassenverwaltungen die geschäftliche Erledigung der Unterstützungsgewährung möglichst liberal und nach Rücksichten der Billigkeit durchführen. Bureaukratische Anordnungen, die gegenwärtig besonders verletzend wirken, sollten nach Möglichkeit vermieden werden. Der Ernst der Zeit sollte uns alle hilfsbereit stimmen und uns menschlich einander näher bringen.

Ein Beitrag zu dem Thema: Der Krieg und die Sozialversicherung.

Von Landesrat Dr. Brunn in Berlin.

Der Einfluß des Krieges auf die Sozialversicherung ist in dieser Zeitschrift schon mehrfach Gegenstand der Erörterung gewesen. Trotzdem sei es gestattet, im nachstehenden noch einige Zweifelsfragen, die sich in der täglichen Praxis ergeben und die, soweit ich sehe, bisher noch nicht behandelt sind, kurz zu besprechen.

1. Der Krieg wird zweifellos in der Invalidenversicherung eine gewaltige Steigerung der Hinterbliebenenrenten, insbesondere der Waisenrenten, bringen. Zur Geltendmachung der Ansprüche auf Hinterbliebenenrente ist die Vorlegung der standesamtlichen Sterbeurkunde des Versicherten erforderlich.*) Die Benachrichtigung des Truppenteils an die Hinterbliebenen von dem Ableben des Versicherten, vermag die standesamtliche Urkunde nicht zu ersetzen. Ganz abgesehen davon, daß diese Benachrichtigungen, wie die häufigen Berichtigungen in den Verlustlisten beweisen, nicht immer zuverlässig sind und es auch der ganzen Sachlage nach nicht sein können, schreiben die §§ 76, 79 der Kaiserl. Verordnung über das Verfahren vor den Versicherungsämtern ausdrücklich die Beibringung der Sterbeurkunde vor. Die Beschaffung einer solchen Urkunde wird den Angehörigen aber auch bei den auf dem Kriegsschauplatz gefallenen oder in den auswärtigen Lazaretten an den Folgen von Verwundungen gestorbenen Versicherten keine Schwierigkeiten bereiten. Es sei daran erinnert, daß nach der Verordnung vom 20. Jan. 1879 (RGBl. S. 5), betreffend die Verrichtungen der Standesbeamten in Bezug auf solche Militärpersonen, welche ihr Standquartier nach eingetretener Mobilmachung verlassen haben, für die Beurkundung des Sterbefalls derjenige Standesbeamte zuständig ist, in dessen Bezirk der Verstorbene seinen letzten Wohnsitz gehabt hat, und, falls ein solcher nicht bekannt ist, der Standesbeamte desjenigen Bezirks, in welchem der Verstorbene geboren ist. Dabei macht es keinen Unterschied, ob der Sterbefall innerhalb oder außerhalb des deutschen Reiches erfolgt ist, es genügt, daß der Verstorbene als Militärperson nach der Mobilmachung sein Standquartier verlassen hatte. Die Vorschriften gelten also auch dann, wenn ein Verwundeter vom Schlachtfeld in ein inländisches Lazarett gebracht und dort verstorben ist.

Die Eintragung in die Standesregister erfolgt auf Grund einer schriftlichen dienstlich beglaubigten Anzeige der Militärbehörde.

Für die Kaiserliche Marine gelten entsprechende Bestimmungen gemäß der Verordnung vom 20. Febr. 1906 (RGBl. S. 359 ff.).

*) Zu diesem Punkte veröffentlichen wir im vorliegenden Hefte auf S. 745 im „Sprechsaal" eine Erörterung von Herrn Dr. Simm, die namentlich noch auf die Frage eingeht, wie die Versicherungsträger sich in gewissen Zweifelsfällen zweckmäßig und billig verhalten sollen (Anm. der Schriftleitung).

Digitized by Google

Noch ein Wort über die „Vermißten". Die Angehörigen der als vermißt gemeldeten Versicherten, können Ansprüche aus der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung zunächst nicht geltend machen. Erst dann, wenn er verschollen im Sinne des § 1265 RVO. ist, können Ansprüche auf Hinterbliebenenversorgung erhoben werden. Dabei ist zu beachten, daß der Ablauf der einjährigen Frist nicht ohne weiteres ausreicht. Wenn z. B. der Krieg länger als ein Jahr dauern sollte, so würde ein Vermißter nicht nach Ablauf des Jahres als verschollen anzusehen sein, weil, wenn auch keine Nachrichten von ihm eingegangen sind, doch die Umstände nicht seinen Tod wahrscheinlich machen. Es besteht dann immer noch die Möglichkeit, daß er in Kriegsgefangenschaft geraten ist und keine Nachricht während der Dauer des Kriegszustandes geben konnte. Für die Angehörigen des Vermißten bedeutet der Ausschluß der Hinterbliebenenfürsorge keine wirtschaftliche Schädigung, weil sie nach § 10 Abs. 5 des Gesetzes, betr. die Unterstützung von Familien in den Dienst eingetretener Mannschaften vom $\frac{28.\ II.\ 88}{4.\ VIII.\ 14}$ im Falle der Bedürftigkeit die Unterstützungen solange beziehen, bis die Formation, der der Vermißte angehörte, auf den Friedensfuß zurückgeführt oder aufgelöst wird.

Dies gilt natürlich auch für die Angestelltenversicherung. Dort kommt freilich eine Hinterbliebenenfürsorge noch nicht in Frage, weil die Wartezeit nicht erfüllt sein kann. Nur die Beitragserstattung nach § 398 AVG. kann hier eintreten.

2. Nach §§ 1281, 1393 RVO. werden Militärdienstleistungen im Anschluß an eine versicherungspflichtige durch Marken belegte Zeit für die Aufrechterhaltung der Anwartschaft sowie bei der Rentenberechnung als Wochenbeiträge 2. Lohnklasse angerechnet. Zu den Militärdienstzeiten gehören in Mobilmachungs- und Kriegszeiten auch die freiwillig verrichteten militärischen Dienstleistungen. Es erhebt sich hier die Frage, ob dazu auch die freiwillige Verwundetenpflege zu rechnen ist. Düttmann*) bejaht die Frage für den, „der zur Verwundetenpflege ins Feld zieht". Man wird aber weiter gehen und auch bei denjenigen, die nicht ins Feld gezogen sind, sondern in heimischen Lazaretten die Verwundetenpflege freiwillig ausüben, eine militärische Dienstleistung annehmen müssen. Freilich spricht das Mannschaftsversorgungsgesetz in § 44 nur von dem auf dem Kriegsschauplatz verwendeten Personal der freiwilligen Krankenpflege. Für die Sozialversicherung wird sich diese Unterscheidung praktisch kaum durchführen lassen. Denn vielfach werden Krankenpfleger abwechselnd in den Etappenlazaretten oder in den Verbandplätzen hinter der Front und in den Lazaretten in der Heimat Verwendung finden. Diese Anrechnung der Krankenpflegetätigkeit greift natürlich nicht bloß bei dem männlichen Pflegepersonal, sondern auch bei den Schwestern durch. Dabei ist es unerheblich, daß die Schwestern vom Roten Kreuz oder einem Ritterorden für die Krankenpflege verpflichtet sind.

Für die Angestelltenversicherung gilt dieses auch. Doch ist dabei zu beachten, daß hier die Anrechnung nur erfolgt, wenn es sich um Aufrechterhaltung der Anwartschaft oder um freiwillige Fortsetzung der Versicherung handelt (§ 51 AVG.). Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte hat kürzlich schon die Anrechnungsfähigkeit der Krankenpflegezeit auch bei Schwestern bejaht**).

3. Infolge der durch den Krieg herbeigeführten Stockung des Wirtschaftslebens haben zahlreiche Arbeitgeber mit ihren Angestellten eine Herabsetzung des Entgelts vereinbart. Dabei erhebt sich die Frage, ob diejenigen, die bisher wegen Ueberschreitung der 2000 M.-Grenze nicht der Versicherung gegen Invalidität unterlagen, versicherungspflichtig geworden sind, wenn das Entgelt unter 2000 M. gesunken ist. Die Beantwortung der Frage hängt davon ab, ob der regelmäßige Jahresarbeitsverdienst dieser Personen jetzt weniger als

*) Komm. zur RVO Bd. IV Anm 8 zu § 1393.

**) Vgl. Monatsschr. f. Arbeiter- u. Angestelltenversicherung 1914, Sp. 731.

Digitized by Google

2000 M. beträgt. Das trifft von dem Zeitpunkt ab, in dem die Ermäßigung eintritt, zu. Der Einwand, daß es sich nur um eine vorläufige Herabsetzung des Gehalts handelt, greift nicht durch. Daß beide Parteien damit rechnen, nach dem Kriege das Entgelt wieder heraufzusetzen, ist unerheblich. Ob und wann dies geschehen wird, steht nicht fest. Sicher geht, wenigstens auf Seiten des Arbeitgebers, nicht die Absicht dahin, sofort nach Beendigung des Krieges das Entgelt wieder auf die bisherige Höhe zu bringen; vielmehr wird er offenbar erst abwarten, bis die durch den Krieg gestörten wirtschaftlichen Verhältnisse sich wieder soweit gebessert haben, daß eine Erhöhung des Arbeitslohns angebracht ist. Die Bemerkung, daß die Herabsetzung „vorläufig" erfolge, ist also rechtlich unbeachtlich. Es steht damit nicht anders, als wenn jemand einen Angestellten nimmt mit dem Bemerken, daß er vorläufig ein geringeres Gehalt zahlen, es aber später — zu einem noch nicht feststehenden Zeitpunkte — erhöhen werde. Steigt später das Gehalt über 2000 M., so hört die Versicherungspflicht auf. Die bisher geleisteten Beiträge bestehen zu Recht, können also nicht erstattet werden.

Für die Krankenversicherung treffen diese Ausführungen zu, sobald das Gehalt nicht mehr 2500 M. übersteigt.

Für die Angestelltenversicherung hat die Herabsetzung die Wirkung, daß von dem Zeitpunkt der Minderung ab die Versicherung in der dem jetzigen Einkommen entsprechenden niedrigeren Gehaltsklasse zu erfolgen hat.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Spruchverfahren über Ersatzansprüche nach §§ 1540, 1771 ff. RVO.

Rev.-Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 23. März 1914 (1880 Amtl. Nachr. 1914 S. 634).

Zunächst ist zu prüfen, ob, wie die Vorinstanzen in Uebereinstimmung mit der Versicherungsanstalt ohne weiteres angenommen haben, der Streit über den Ersatzanspruch des Landarmenverbandes im Spruchverfahren nach den §§ 1771 ff. RVO. zu entscheiden ist. Dies ist nach § 1540 nur dann und nur insoweit der Fall, als es sich um einen der in dieser Gesetzesvorschrift bezeichneten Ersatzansprüche handelte. Nach § 1531 kann allerdings ein Armenverband, der nach gesetzlicher Pflicht einen Hilfsbedürftigen für eine Zeit, für die er einen Anspruch nach der Reichsversicherungsordnung hatte oder noch hat, unterstützt, nach den §§ 1532 bis 1537 Ersatz beanspruchen. Nach § 119 Abs. 1 Nr. 3 kann aber auch der Rentenberechtigte wegen der Forderungen der nach § 1531 ersatzberechtigten Armenverbände seine Ansprüche auf die ersatzberechtigten Armenverbände übertragen. Bereits in der Revisionsentscheidung 1777 (Amtl. Nachr. des RVA. 1913 S. 817, Entsch. und Mitt. des RVA. Bd. 1 S. 24 Nr. 19) hat das Reichsversicherungsamt grundsätzlich ausgesprochen, daß ein Streit über die Rechtsgültigkeit der Uebertragung von Rentenansprüchen im Falle des § 119 Abs. 2 RVO. nicht in dem durch die Reichsversicherungsordnung geordneten Verfahren, sondern von den ordentlichen Gerichten zu entscheiden ist (zu vgl. auch Handb. der Unfallverf., 3. Aufl. Bd. I S. 553 Anm. 2 zu § 96 GUVG.). Dieser Grundsatz muß auch dann gelten, wenn der Ersatzanspruch auf einen zwischen dem Armenverband und dem Invalidenrentner geschlossenen privatrechtlichen Abtretungsvertrag gestützt wird. Denn auch die Vorschrift des § 119 Abs. 1 Nr. 3, die hier in Frage kommt, regelt nur die Voraussetzungen der Abtretung, Pfändung und Verpfändung der Rentenansprüche der Berechtigten, läßt im übrigen aber die Frage, in welchem Verfahren Streitigkeiten über die Abtretungserklärung, deren Wirkung und Tragweite auszutragen sind, unberührt. Derartige Streitigkeiten zählen nicht zu den in § 1540 aufgeführten Ersatzstreitigkeiten, für welche das Spruchverfahren der Reichsversicherungsordnung vorgesehen ist, gehören vielmehr nach § 13 des Gerichtsverfassungsgesetzes vor die ordentlichen Gerichte. Dies war auch bereits in der Rechtsprechung zu § 50 Abs. 3 JBG. allgemein anerkannt (zu vgl. Entsch. des

Digitized by Google

preuß. OVG. Bd. 47 S. 378, Bd. 49 S. 358; Entscheidungen des bayerischen Verwaltungsgerichtshofs Bd. 29 S. 6; Urteil des oldenburgischen Oberverwaltungsgerichts vom 8. Juli 1909, Zeitschrift für Arbeiterversicherung 1910 S. 87). Soweit der Ersatzanspruch des Armenverbandes sich auf die am 11. März 1912 erklärte Abtretung stützt, kann er daher im Spruchverfahren nach der Reichsversicherungsordnung nicht verfolgt werden. Dieses Verfahren ist nur insoweit zulässig, als ein auf dem Fünften Buche der Reichsversicherungsordnung beruhender gesetzlicher Ersatzanspruch geltend gemacht wird.

Es fragt sich daher weiter, ob ein gesetzlicher Ersatzanspruch auch dann noch besteht, wenn wegen eines solchen Ersatzanspruchs der Rentenberechtigte seinen Rentenanspruch bereits an den Armenverband nach § 119 Abs. 1 Nr. 3 RVO. abgetreten hat. Der Wortlaut dieser Gesetzesvorschrift, wonach „wegen der Forderungen der ersatzberechtigten Gemeinden und Armenverbände" der Rentenberechtigte seine Ansprüche abtreten kann, spricht dafür, daß der gesetzliche Ersatzanspruch mit der Abtretung der Ansprüche des Berechtigten in Höhe dieses Ersatzanspruchs befriedigt wird und damit erlischt. Indessen würde eine solche Auslegung den Absichten des Gesetzgebers offenbar nicht gerecht werden. § 119 Abs. 1 Nr. 3 RVO. ist, soweit es sich um die Invalidenversicherung handelt, aus § 55 Abs. 1 Ziff. 3 IVG. hervorgegangen. Die Bedeutung dieser Vorschrift des Invalidenversicherungsgesetzes und ihr Verhältnis zu § 49 IVG., dem Vorgänger des § 1531 RVO., ist in der Literatur verschieden beurteilt worden (zu vgl. Rosin, Recht der Arbeiterversicherung II S. 1078). Vorwiegend wurde sie darin gefunden, daß der Armenverband durch Erlangung einer freiwilligen Abtretung oder Verpfändung sich die Rechtswirksamkeit des Rentenüberganges gegenüber dem Versicherten und dritten Personen oder Armenverbänden zeitlich früher zu sichern vermochte, als dies im Verfahren nach den §§ 49, 50 IVG. möglich gewesen wäre (zu vgl. Rosin a. a. O. S. 1079). Dieser Gesichtspunkt dürfte auch den Gesetzgeber der Reichsversicherungsordnung geleitet haben, wenn er in § 119 RVO. die Abtretung des Rentenanspruchs an den ersatzberechtigten Armenverband in Höhe seines Ersatzanspruchs noch besonders zuließ. Denn in der Begründung zu § 132 des Entwurfs (§ 119 RVO.) ist ausgeführt, daß die Uebertragung, Pfändung und Verpfändung nicht nur zur Deckung, sondern auch zur Sicherung zugelassen ist, was durch die Fassung klargestellt sei (Begr. zum Entw. S. 69). Offenbar sollten hiernach durch die im § 119 Abs. 1 Nr. 3 ausdrücklich vorgesehene Abtretungs- und Verpfändungsmöglichkeit der Rentenansprüche die Interessen der Armenverbände tunlichst geschützt und ihnen die Verfolgung ihrer Ersatzansprüche möglichst erleichtert werden (zu vgl. für das Gebiet der Angestelltenversicherung Mentzel-Schulz-Sitzler, Kommentar zum Versicherungsgesetz für Angestellte, Anm. 7 zu § 93). Dieser Zweck würde aber augenscheinlich nicht erreicht werden, wollte man annehmen, daß der gesetzliche Ersatzanspruch mit der Abtretung des Rentenanspruchs an den Armenverband erschöpft sei. Der Armenverband hat vielmehr, solange nicht sein Ersatzanspruch in dem gesetzlichen Umfang befriedigt ist, ein Wahlrecht, ob er den Abtretungsanspruch oder den gesetzlichen Ersatzanspruch geltend machen will. Hiernach beantwortet sich auch die Frage, ob zur Verfolgung des Anspruchs das Spruchverfahren nach der Reichsversicherungsordnung oder der Weg der Klage bei den bürgerlichen Gerichten zu wählen ist. Für die Beurteilung der Zuständigkeit zur Entscheidung in jedem einzelnen Streitfall ist anerkannten Rechtens die tatsächliche Begründung des erhobenen Anspruchs, die Natur des Streitgegenstandes maßgebend (zu vgl. Gaupp-Stein, ZPO., 10 Aufl. Bd. I S. 8; Entsch. des Reichsgerichts in Zivils. Bd. 32 S. 347, Bd. 71 S. 423; Juristische Wochenschrift 1909 S. 252 Nr. 6; Reger-Dyroff, Handausgabe des bayerischen Verwaltungsgerichtsgesetzes, 4. Aufl. S. 382; Entsch. des bayerischen Verwaltungsgerichtshofes Bd. 17 S. 285). In dem von dem Landarmenverband unter dem 16. Dezember 1912 bei dem Versicherungsamte gestellten Antrag auf Entscheidung ist der Anspruch unzweifelhaft nur auf die Abtretungserklärung gestützt. Indessen hat der klagende Landarmenverband in seinem weiteren Schriftsatz vom 15. Februar 1913 ausgeführt, daß er seinen Antrag vom 16. Dezember 1912 sowohl mit Hilfe der gesetzlichen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung als auch auf Grund der besonderen Uebertragungserklärung des A. aufrechterhalten müsse. Der Armenverband stützt hiernach seinen Anspruch auf Ersatz nachträglich auch auf die Vorschriften des Fünften Buches der Reichsversicherungsordnung. Hierin ist allerdings eine Aenderung des Klagegrundes und damit eine Klageänderung zu erblicken. Allein eine solche steht der Verfolgung des Anspruchs in dem einmal eingeleiteten Verfahren nicht entgegen. Für das Verfahren bei Streitigkeiten über Ersatzansprüche gelten nach § 1771 RVO. die §§ 1636 bis 1734 entsprechend, soweit die §§ 1772 bis 1779 nichts anderes vorschreiben. Das Feststellungsverfahren wird indessen von dem Offizialprinzip beherrscht, wonach die Versicherungsbehörden den Sachverhalt von Amts wegen aufzuklären haben (zu vgl. Bescheid 1724, Amtl. Nachr. 1913 S. 521). Mit diesem Grundsatz sind aber die Vorschriften der Zivilprozeß-

Digitized by Google

ordnung über die Unzulässigkeit der Aenderung des Klagegrundes, jedenfalls soweit — wie hier — die unterste Instanz des Spruchverfahrens in Frage kommt, nicht vereinbar (zu vgl. Rekursentscheidung 986, Amtl. Nachr. des RVA. 1891 S. 219 und Revisionsentsch. 207, Amtl. Nachr. des RVA. f. u. AV. 1893 S. 52). Im übrigen würde auch bei Anwendung der zivilprozessualen Grundsätze im vorliegenden Falle eine Klageänderung nicht unzulässig sein, da der Versicherungsträger damit einverstanden war, daß der Ersatzanspruch im Spruchverfahren nach der Reichsversicherungsordnung geltend gemacht wurde und somit durch die Klageänderung nicht beschwert ist.

Die Zulässigkeit der Revision steht außer Zweifel. Die Rechtsmittelbelehrung am Schlusse der Vorentscheidung des Vorsitzenden des Oberversicherungsamts, wonach gegen die Vorentscheidung entweder Antrag auf mündliche Verhandlung oder das Rechtsmittel der Revision gegeben sei, ist rechtsirrtümlich. Nachdem über die Berufung mittels Vorentscheidung entschieden worden ist, ist nach der für die anderen Spruchsachen des § 1771 RVO. geltenden Sondervorschrift des § 1776 a. a. O. überhaupt nur die Revision zulässig.

Die Revision der Versicherungsanstalt ist auch begründet. Der Ersatzanspruch der Armenverbände nach § 1531 RVO. ist dem Ueberweisungsrechte des § 49 Abs. 2 JVG. nachgebildet. Weder aus dem Wortlaut noch aus dem Sinne der einschlägigen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung ist zu entnehmen, daß der Ersatzanspruch nach der Reichsversicherungsordnung rechtlich anders geartet ist als der Ueberweisungsanspruch nach § 49 JVG. Insbesondere ergibt sich aus den Vorschriften der §§ 1531 und 1536 RVO., daß der Ersatzanspruch nach der Reichsversicherungsordnung dem Ueberweisungsanspruche des Invalidenversicherungsgesetzes im Erfolge vollkommen gleichkommt. Ueberdies ist in der Begründung zum Entwurf einer Reichsversicherungsordnung auch ausdrücklich betont, daß der Ausgleich zwischen den verschiedenen Ansprüchen aus der Reichsversicherungsordnung und aus der Verpflichtung der Armenverbände zur Unterstützung Hilfsbedürftiger bisher in verschiedenen Fällen noch in die ältere Form des Rechtsüberganges kraft Gesetzes, wie im § 57 Abs. 2 KrVG. und § 113 JVG., in anderen dagegen in die neuere Form des Ersatzanspruchs gekleidet sei, wie im § 49 JVG. und § 25 GUVG. Der Entwurf habe diese Verschiedenheit beseitigt und „für alle solche Fälle den Ersatzanspruch — an Stelle des Rechtsüberganges kraft Gesetzes — einheitlich durchgeführt" (zu vgl. Begr. zum Entw. der RVO. S. 438). Hiernach kann es nicht zweifelhaft sein, daß nach der Auffassung des Gesetzgebers selbst der Ersatzanspruch nach der Reichsversicherungsordnung nichts anderes sein sollte, als der Ueberweisungsanspruch des Invalidenversicherungsgesetzes.

Nach § 50 JVG. war der Antrag auf Ueberweisung von Rentenbeträgen bei der im § 112 Abs. 1 a. a. O. genannten Behörde — untere Verwaltungsbehörde oder Rentenstelle — anzumelden. Diese hatte, wie in der Begründung zu dem Entwurf eines Invalidenversicherungsgesetzes erläuternd bemerkt war, „die Zustimmung des Rentenempfängers zu der beanspruchten Ueberweisung herbeizuführen und alsdann die Ueberweisung der Rentenbeträge bei dem Anstaltsvorstande zu veranlassen. Widerspricht der Versicherte der Ueberweisung, so ist auch in diesem Falle das Verfahren nach § 35 a Abs. 3 — § 50 Abs. 3 JVG. — einzuleiten. Der bei Streitigkeiten über den Rentenübergang bisher erforderlichen Hinterlegung der fälligen Rentenbeträge bedarf es künftig nicht mehr, weil die Befriedigung auch aus den später fällig werdenden Renten erfolgen kann. Auch hierdurch wird die Rechtslage der Versicherten günstiger wie bisher gestaltet" (zu vgl. Verhandl. des Reichst. 10. LegPer. I. Sess. 1898/1900 Anlagenbd. I S. 714). Mit Rücksicht auf diese Ausführungen in der Begründung zum Entwurf eines Invalidenversicherungsgesetzes war in der Rechtsprechung der bundesstaatlichen obersten Verwaltungsgerichte anerkannt, daß die Versicherungsanstalt die Ueberweisung nur vornehmen konnte, wenn der Rentenberechtigte damit einverstanden war. Erhob dieser dagegen Widerspruch, so war von der Versicherungsanstalt die beantragte Ueberweisung abzulehnen und dann zunächst der Streit über die Rechtmäßigkeit oder Unrechtmäßigkeit des Widerspruchs auf dem im § 50 Abs. 3 JVG. geordneten Wege zwischen demjenigen, der die Ueberweisung verlangte, und dem Rentenberechtigten als den dabei allein Beteiligten zum Austrag zu bringen (zu vgl. Entsch. des preuß. OVG. vom 16. Oktober 1902, 30. Oktober 1902 und 15. Dezember 1902, ArbVers. 1903 S. 85, S. 255; Entsch. des preuß. OVG. Bd. 42 S. 326; Entsch. des sächs. OVG. vom 1. März 1905, Reger 27 S. 134).

Hieran ist auch bei Auslegung des § 1540 RVO. festzuhalten. Denn die Begr. zu § 1489 Entw. (§ 1508 RVO.) knüpft offenbar an die bisherige Rechtsübung und Rechtsprechung an, wenn dort ausgeführt ist, daß der Versicherungsträger nach Geltendmachung eines Ersatzanspruchs diesen sowohl in seinem Umfang als in bezug auf den Gegenstand und das Maß des Zugriffs klarzustellen habe, und zwar mit dem Entschädigungsberechtigten und gegebenenfalls auch

Digitized by Google

mit anderen Ersatzberechtigten. „Ergeben sich dabei Streitigkeiten, so sind diese unter den Beteiligten auszutragen. Hierfür sieht § 1495 — § 1515 RVO. — allgemein das Spruchverfahren vor" (zu vgl. Begr. zum Entw. S. 454). Was für § 1515 gilt, muß auch gleichermaßen für § 1540 anwendbar sein. In der Begründung zu § 1523 des Entw. (§ 1540 RVO.) ist denn auch betont, daß die Entscheidung von Streitigkeiten über Ersatzansprüche dem Grundsatz entspreche, auf dem § 1495 Abs. 2 des Entw. (§ 1515 Abs. 2 RVO.) beruhe (zu vgl. Begr. S. 470). Hiernach war es zweifellos Absicht des Gesetzgebers, daß einerseits der Versicherungsträger nur mit Zustimmung des Rentenberechtigten den Ersatzanspruch befriedigen dürfe, anderseits alle etwaigen Streitigkeiten über einen Ersatzanspruch in einem einzigen Verfahren, nämlich dem Spruchverfahren nach § 1771 ausgetragen werden müssen. Widerspricht der Rentenberechtigte der Auszahlung der Rente an den Armenverband, so bestreitet er das Recht des Armenverbandes auf Ersatz. Es liegt also ein Streit über einen Ersatzanspruch vor und dieser Streit ist im Spruchverfahren nach §§ 1540, 1771 zu entscheiden (zu vgl. Düttmann-Seelmann, Anm. 3 zu § 1540).

Die Auffassung des Versicherungsamts und des Oberversicherungsamts, daß dem Armenverband in der Reichsversicherungsordnung im Gegensatze zum Invalidenversicherungsgesetz ein von dem Rentenanspruch unabhängiger selbständiger Ersatzanspruch eingeräumt sei, und daß der Versicherungsträger, wenn er im übrigen den Ersatzanspruch des Armenverbandes anerkenne, bei Widerspruch des Rentenberechtigten den Ersatzanspruch gleichwohl sofort befriedigen müsse, dem widersprechenden Rentenempfänger aber über die in Höhe der Zahlung begründete Einbehaltung der Rente einen besonderen berufungsfähigen Bescheid zu erteilen habe (zu vgl. Köhler-Schall, Bd. II Anm. I zu § 1508), kann hiernach als zutreffend nicht erachtet werden. Der Ersatz erfolgt auch regelmäßig nicht aus dem allgemeinen Vermögen des Versicherungsträgers, sondern aus den einzelnen Versicherungsleistungen, auf die sonst der Berechtigte Anspruch hat (zu vgl. Kaskel-Sitzler, Grundriß des sozialen Versicherungsrechts S. 159). Lediglich der Umstand, daß der Armenverband auch dann Ersatz beanspruchen kann, wenn der Hilfsbedürftige, der einen Anspruch auf Invaliden-, Alters- oder Hinterbliebenenrente hat, stirbt, ohne die Rente beantragt zu haben (§ 1537), kann noch nicht die Annahme begründen, daß der Ersatzanspruch von dem Anspruch des Berechtigten unabhängig ist. Denn die aus § 50 Abs. 2 Satz 1 JVG. hervorgegangene Vorschrift des § 1537 ist eine Sondervorschrift zugunsten der Armenverbände. Sie wurde geschaffen, um zu verhindern, daß der Unterstützte es in der Hand hätte, die den Armenverbänden zur Erleichterung der Armenlasten gegebenen Ersatzansprüche hinfällig zu machen (Verhandl. des Reichst. 10. LegPer. I. Sess. 1898/1900 Anlagenbd. I S. 714). Ueberdies hat der Armenverband auch im Falle des § 1537 nur dann einen Ersatzanspruch, wenn dem Berechtigten selbst ein Rentenanspruch zugestanden hätte. Der Ersatzanspruch ist also auch im Falle des § 1537 nicht von dem Rentenanspruch als solchem, sondern nur von dessen Geltendmachung unabhängig. Auch für die Erteilung eines berufungsfähigen Bescheids und die Eröffnung eines instanziellen Feststellungsverfahrens ist hier nach der Reichsversicherungsordnung kein Raum. Denn das für die Ersatzstreitigkeiten bei Geltendmachung eines Ersatzanspruchs seitens eines Armenverbandes eingeführte Spruchverfahren tritt an die Stelle der bisher für derartige Streitigkeiten vorgesehenen Entscheidung im Verwaltungsstreitverfahren oder durch die Aufsichtsbehörde (§ 50 Abs. 3 JVG., § 26 Abs. 2 GUVG., § 31 Abs. 2 UVG. für Land- und Forstwirtschaft, § 30 Abs. 2 See-UVG.). Neben der Entscheidung im Verwaltungsstreitverfahren oder durch die Aufsichtsbehörde war aber auch nach der bisherigen Rechtsprechung die Erteilung eines berufungsmäßigen Bescheids über Fragen der Ueberweisung von Renten nicht zulässig (zu vgl. Handb. der Unfallversicherung 3. Aufl. Bd. I S. 334 Anm. 4 zu § 26 GUVG.).

Solange der Rentenberechtigte seine Zustimmung zur Befriedigung des Ersatzanspruchs nicht erklärt hat oder sein Widerspruch auf dem ordnungsmäßigen Wege des Spruchverfahrens durch eine rechtskräftige Entscheidung nicht beseitigt ist, ist der Versicherungsträger berechtigt, den streitigen Rentenbetrag einzubehalten (zu vgl. Entsch. des preuß. Oberverwaltungsgerichts Bd. 52 S. 412; Handb. der Unfallvers. 3. Aufl. Bd. I S. 333 Anm. 2 zu § 26 GUVG.). Das ergibt sich notwendig daraus, daß der Versicherungsträger, wie oben ausgeführt, nur mit Einwilligung des Rentenberechtigten den Ersatzanspruch befriedigen darf. Denn anderen Falles würde er sich der Gefahr der Doppelzahlung aussetzen. Hat der Versicherungsträger, wie hier, den Ersatzanspruch des Armenverbandes als begründet anerkannt und vorbehaltlich der Zustimmung des Rentenberechtigten sich zur Begleichung desselben bereiterklärt, so kann er auch nicht zur Zahlung verurteilt werden. Eine Verurteilung der Versicherungsanstalt hätte ein dem Anspruch des klagenden Armenverbandes widerstreitendes Verhalten des Versicherungsträgers zur Voraussetzung. Gegenüber dem Versicherungsträger besteht aber, solange nicht die Zustimmung des Renten-

Digitized by Google

berechtigten zur Befriedigung des Ersatzanspruchs beigebracht ist, weder ein Anspruch auf Zahlung noch auch, da der Versicherungsträger bereits vor Einleitung des Spruchverfahrens den Ersatzanspruch als begründet anerkannt und vorbehaltlich der Beibringung der Zustimmung des Rentenberechtigten zur Befriedigung desselben sich bereiterklärt hat, ein Feststellungsanspruch. Denn gegenüber dem Ersatz beanspruchenden Armenverbande hatte der Versicherungsträger alles getan, was er zu tun verpflichtet war. Irgendwelche widerstreitende Auffassungen, deren Austragung im Wege eines gerichtlichen Verfahrens, hier des Spruchverfahrens vor den Versicherungsbehörden nach § 1540 RVO., erforderlich wäre, sind zwischen dem klagenden Armenverband und dem Versicherungsträger nicht gegeben. In dem von dem Armenverbande beantragten Spruchverfahren, in dem der Armenverband überdies nur Entscheidung nach Lage der Akten, nicht aber Entscheidung in der Richtung gegen die Landesversicherungsanstalt beantragt hatte, handelte es sich nur darum, die zur Befriedigung des Ersatzanspruchs erforderliche Zustimmung des Rentenberechtigten, zu deren Beibringung auf gütlichem Wege er nicht zu bewegen war, durch eine instanzielle Entscheidung zu ergänzen. In diesem Verfahren ist aber der Versicherungsträger, da er von vornherein eine dem Anspruch des Armenverbandes nicht widerstreitende Stellung eingenommen hatte, überhaupt nicht beteiligt (zu vgl. Entsch. des preuß. OVG. 42 S. 339; Entsch. des bayer. VG. 26 S. 83; Appelius in der ArbVers. 1903 S. 404). Eine andere Auffassung konnte auch nicht aus der Kaiserlichen Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter entnommen werden. Denn diese schreibt im § 21 nur die Mitteilung des Antrags an die Beteiligten vor. Wer aber beteiligt ist, bestimmt sich nach materiellem Rechte. Nach diesem ist aber im vorliegenden Falle, wie oben ausgeführt, der Versicherungsträger an dem Streite nicht beteiligt. Das in dem Spruchverfahren zu erlassende Urteil hätte also gegen den den Ersatzanspruch nicht anerkennenden Rentenempfänger ergehen müssen, und zwar dahin, daß der beklagte Rentenempfänger schuldig sei, in die Begleichung des Ersatzanspruchs des Armenverbandes im Betrage von 3,98 M. einzuwilligen (zu vgl. Entsch. des preuß. OVG. 52 S. 413; Rosin, Recht der Arbeiterversf., Bd. II S. 1071). Die Entscheidungen der beiden Vorinstanzen unterlagen daher der Aufhebung. Ob es bei dieser Aufhebung bewenden müßte oder ob nicht auch eine Entscheidung in der Sache selbst oder eine Zurückverweisung der Sache an eine der Vorinstanzen erfolgen könnte, wenn der klagende Armenverband in erkennbarer Weise die Klage ausschließlich gegen die Versicherungsanstalt gerichtet hätte, kann unerörtert bleiben. Denn der klagende Armenverband hat hier nur unter Darlegung des Sachverhalts bei dem Versicherungsamt eine Entscheidung nach Lage der Akten, nicht aber eine solche in der Richtung gegen die Versicherungsanstalt beantragt. Das Versicherungsamt hätte also bei richtiger Anwendung des bestehenden Rechtes den Rentenberechtigten, nicht aber die Versicherungsanstalt als beklagte Partei zuziehen müssen. Das Revisionsgericht war daher nach Aufhebung der Entscheidungen der beiden Vorinstanzen an sich in der Lage, entweder in der Sache selbst zu entscheiden oder diese an eine der Vorinstanzen zurückzuverweisen. Das Revisionsgericht hat von der letzteren Befugnis Gebrauch gemacht, da sich bei freier Beurteilung des gesamten Aktenhalts die Sache nicht als spruchreif erwies.

Die Vorinstanzen haben gegenüber dem Einwand des Rentenempfängers, er habe den in der Anstalt R. genossenen Verpflegungsaufwand durch seine Arbeitsleistungen abverdient, nähere Feststellungen nicht gepflogen. Das Oberversicherungsamt ist hierbei davon ausgegangen, daß der Ersatzanspruch des Landarmenverbandes ohne weiteres begründet sei, weil A. vollständigen Unterhalt in der Anstalt genossen habe. Dem kann nicht beigetreten werden. Zur Geltendmachung eines Ersatzanspruchs bedarf es zunächst der Feststellung der Aufwendungen, für welche Ersatz zu leisten ist. Denn nur dann und nur insoweit kann Ersatz beansprucht werden, als Aufwendungen dem Armenverband erwachsen sind. Hat aber der Rentenempfänger, sei es aus eigenen Stücken, sei es auf Grund Anordnung der zuständigen Stelle (zu vgl. § 361 Ziff. 7 RStrGB., Art. 14 des württ. Ges., betr. die Aenderung einiger Bestimmungen zur Ausführung des Unterstützungswohnsitzgesetzes vom 2. Juli 1889, Regierungsbl. S. 217) Arbeit verrichtet, und ist das Ergebnis seiner Arbeitsleistungen dem Armenverbande zugute gekommen, so sind die Kosten des armenpflegerischen Aufwandes bereits in Höhe des dem Armenverbande zugute gekommenen Arbeitsverdienstes des Rentenempfängers gedeckt (zu vgl. Lehmann, 2. Aufl. Bd. V S. 81, Anm. 3 zu § 1531; Entsch. des preuß. OVG. 49 S. 358). Zwecks Feststellung, ob der Rentenempfänger in der Anstalt R. gearbeitet hat und inwieweit der erwachsene Verpflegungsaufwand dadurch bereits gedeckt ist, war daher die Sache an das Versicherungsamt zurückzuverweisen. Bei der erneuten Verhandlung wird auch zu prüfen sein, ob der Rentenempfänger vollständigen Unterhalt in einer Anstalt im Sinne des § 1506 Abs. 2 RVO. genossen hat (zu vgl. Revisionsentsch. 1750, Amtl. Nachr. 1918 S. 673).

Digitized by Google

B. Zur Krankenversicherung.

Erwerbslosen darf Krankengeld für Karenz- und arbeitsfreie Sonntage nicht gezahlt werden (§ 28 KVG.; § 214 RVO.).

Urteil des preuß. Oberverwaltungsgerichts, 3. Senats, vom 14. Mai 1914 (III. C. 108. 13).

Der Vorderrichter hat angenommen, daß der vom klagenden Armenverbande während der Zeit vom 16. Juni bis zum 25. Juli 1911 in der städtischen Krankenanstalt zu Königsberg i. Pr. ärztlich behandelte und verpflegte Invalidenrentner S. am 16. Juni 1911 infolge eintretender Erwerbslosigkeit aus der beklagten Kasse ausgeschieden sei, daß mithin ein Tatbestand vorliege, auf den der § 28 KVG. Anwendung finden muß. Mit dieser Annahme ist es, wie die Revision mit Recht rügt, unvereinbar, wenn der Vorderrichter mit einem Anspruche des Verpflegten auf Krankengeld auch für den 16., 17. und 18. Juni, die drei Karenztage des § 6 Abs. 1 Ziffer 2 a. a. O., sowie für die auf den 25. Juni, 2., 9., 16. und 23. Juli fallenden Sonntage gerechnet hat. Der § 28 KVG. verleiht den infolge eintretender Erwerbslosigkeit aus der Kasse ausscheidenden Personen nur ein Recht auf die gesetzlichen Mindestleistungen. Er enthält aber auch zwingende Bestimmungen, so daß, selbst wenn die nicht bei den Akten befindliche Satzung der Kasse etwas Abweichendes vorschreiben sollte, dies unverbindlich sein würde.

Begriff des „Kassenbereichs" im Sinne des § 375 RVO.

Erlaß des bad. Ministeriums des Innern vom 29. Mai 1914.

Es sind Zweifel darüber entstanden, welche Bedeutung dem Ausdrucke „Kassenbereich" im Sinne des § 375 RVO. zukommt.

Während der „Kassenbezirk" der räumlich abgegrenzte Verwaltungsbezirk ist, für den die Kasse errichtet ist, ist der Begriff „Kassenbereich" ein weiterer. Er umfaßt nicht nur die Beschäftigungs-, sondern auch die Wohnorte der Kassenmitglieder.

Zum „Kassenbereich" im Sinne der Vorschrift des § 375 RVO. gehören deshalb auch solche Apotheken, die außerhalb des Kassenbezirks liegen, deren natürliches Absatzgebiet sich jedoch auf den Kassenbezirk oder einen Teil von ihm erstreckt. Der Abschluß von Verträgen mit den Besitzern oder Verwaltern solcher Apotheken bedarf daher nicht der Genehmigung des Versicherungsamts. Auch sind die Besitzer solcher Apotheken berechtigt, etwaigen Vereinbarungen der Kassen mit anderen Apothekenbesitzern beizutreten.

Freiwillige Weiterversicherung der Hausgewerbtreibenden?

Entsch. des Versicherungsamts der Stadt Berlin vom 3. Oktober 1914.

Durch § 3 des Gesetzes, betreffend Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen vom 4. August 1914 sind für die Dauer des gegenwärtigen Krieges die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung außer Kraft gesetzt worden. Von diesem Tage an unterliegen die Hausgewerbtreibenden daher nicht mehr dem Versicherungszwange.

Nach §§ 468, 447 RVO. kann der Versicherte freiwilliges Mitglied der Kasse bleiben, wenn er glaubhaft macht, daß er seine Beschäftigung nicht nur vorübergehend aufgegeben habe und wenn er seine Löschung in dem Verzeichnis der Hausgewerbtreibenden beantragt. Diese Voraussetzungen sind, ganz abgesehen davon, daß auch der § 447 a. a. O. für die Hausgewerbtreibenden nicht mehr Geltung beanspruchen kann, weil der auf ihn verweisende § 468 RVO. aufgehoben ist, im vorliegenden Falle nicht erfüllt. Denn die Mitgliedschaft der Versicherten ist nicht auf Grund ihrer Abmeldung, sondern kraft Gesetzes gelöscht worden. Die Antragstellerin mußte daher abgewiesen werden.

Im übrigen führen auch allgemeine Erwägungen zu demselben Ergebnis. Wäre die freiwillige Weiterversicherung der Hausgewerbtreibenden zulässig, so würden die Absichten des Gesetzes vom 4. August 1914 vereitelt werden. Dieses Gesetz hob gerade aus dem Grunde die Versicherungspflicht der Hausgewerbtreibenden auf, um die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen sicher zu stellen. Würde die freiwillige Versicherung der Hausgewerbtreibenden angängig sein, so würde nicht nur der Zweck des Gesetzes nicht erreicht werden, sondern es würden sogar der Kasse noch größere Leistungen insofern erwachsen, als gerade die kranken Personen die Mitgliedschaft fortzusetzen versuchen würden, während die gesunden Arbeiter erfahrungsgemäß wegen der Höhe der Beiträge davon Abstand nehmen würden.

Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts.

(Heft 8 der Amtl. Nachr. vom 21. August 1914.)

Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes liegt auch dann vor, wenn der Versicherte nur auf die Gefahr hin, sein Leiden zu verschlimmern, in seinem bisherigen Berufe fortarbeiten könnte (1877 S. 631).

Während § 1506 RVO. den Umfang des Ersatzanspruchs und der Doppelleistung bestimmt und

Digitized by Google

Gleichheit der Pflichtzeit voraussetzt, regelt § 1507 das Maß des Zugriffs, ohne ihn auf Rententeile für eine bestimmte Zeit zu beschränken (1879 S. 634).

Bei den nach Ziff. I Nr. 1 der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 24. Oktober 1912 (betr. Uebergangsbestimmungen, RGBl. S. 527, Arb.-Vers. 1912 S. 747) im Spruchverfahren der Reichsversicherungsordnung zu entscheidenden Streitigkeiten über Ersatzansprüche von Armenverbänden (§ 57 Abs. 2, 3, § 58 Abs. 2 KVG.) ist die Revision unter entsprechender Anwendung des § 1778 Abs. 2 zulässig, auch wenn es sich um vorübergehende Leistungen im Sinne des § 1778 Abs. 1 handelt. — Bei Streitigkeiten nach §§ 1540, 1544 RVO. in Verbindung mit Ziff. I Nr. 1 der erwähnten Bekanntmachung über die im § 57 Abs. 2 KVG. bezeichneten Ansprüche gehört der Versicherte nicht zu den Beteiligten. — Ein Versicherungsverhältnis im Sinne des Art. 3 Einf.Ges. zum Gesetz über den Versicherungsvertrag ist mit dem Abschluß des Versicherungsvertrags erfüllt; unerheblich ist, zu welchem Zeitpunkt der Vertrag in Wirksamkeit tritt. — Hat eine eingeschriebene Hilfskasse einen Tatbestand, der nach § 123 BGB. die Anfechtung des Versicherungsvertrags wegen arglistiger Täuschung rechtfertigen könnte, zum Ausschließungsgrunde gemacht, so hat sie sich damit der Möglichkeit begeben, aus demselben Grunde den Aufnahmevertrag als nichtig anzufechten. — In Gastwirtschaften zur Anlockung und Unterhaltung der Gäste aufspielende Musiker, bei deren Darbietungen ein höheres Kunstinteresse nicht gegeben ist, unterliegen als Gewerbegehilfen des Gastwirts nach § 1 Abs. 1 Ziff. 2 KVG. der Krankenversicherungspflicht; diese wird nicht schon dadurch ausgeschlossen, daß die Beschäftigung auf einige Stunden täglich beschränkt ist. — Eine im voraus auf weniger als eine Woche beschränkte Beschäftigung im Sinne des § 1 KVG. liegt dann nicht vor, wenn einzelne kurzzeitige Dienstleistungen sich wochenlang regelmäßig wiederholen und deshalb als Ausfluß eines einheitlichen Beschäftigungsverhältnisses anzusehen sind, oder wenn nach den Umständen ein nicht nur für jeden einzelnen Tag, sondern für unbestimmte Zeit geschlossenes Arbeitsverhältnis anzunehmen ist. — Die Gebühr des § 1803 RVO. gehört zu den Kosten des Verfahrens. Handelt es sich um die Kosten des Verfahrens, so ist auch bei den anderen Spruchsachen des § 1771 RVO. die Revision ausgeschlossen (1881 S. 639).

Bei Ersatzstreitigkeiten nach §§ 1518 Abs. 2, 1520 Abs. 2 RVO. gehört der Versicherte nicht zu den Beteiligten; wird er nicht zugezogen, so liegt daher ein wesentlicher Mangel des Verfahrens nicht vor. — § 78a Abs. 2 KVG. gilt auch für die Berechnung der Dauer der Krankenunterstützung; nach § 6 Abs. 2 KVG. ist daher das Krankengeld, wenn die Erwerbsunfähigkeit nicht früher behoben wird, für 26 Wochen und einen Tag zu gewähren (1883 S. 648).

§ 1640 Abs. 2 RVO. ist nur anzuwenden, wenn die örtliche Zuständigkeit des Versicherungsamts, nicht auch wenn die Zulässigkeit eines in der Reichsversicherungsordnung geordneten Verfahrens in Frage steht (1887 S. 655).

Die Ablehnung eines Rechtshilfeersuchens durch einen Versicherungsträger (Krankenkasse) ist keine Entscheidung im Sinne des § 1791 RVO. Gegen die vom Versicherungsamt als Aufsichtsbehörde ergangene Entscheidung ist Beschwerde und gegen die Entscheidung des Oberversicherungsamts weitere Beschwerde zulässig (1888 S. 657).

C. Zur Unfallversicherung.

Aufräumungsarbeiten nach einem Brande als versicherte Bauarbeit.

Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamts vom 17. Januar 1914.

Am 6. Mai 1912 sind in G. zwei zu dem Nachlasse des verstorbenen Webermeisters Sch. gehörende Gebäude abgebrannt. Die Grundstücke wurden von dem Rechtsanwalte G. in B. verwaltet und das eine der beiden Gebäude wurde von dem Kläger bewohnt. Bei den Aufräumungsarbeiten hat der Kläger einen Unfall erlitten.

Dem Kläger ist mit folgender Begründung die Unfallentschädigung zugesprochen: Aufräumungsarbeiten auf der Brandstätte von Gebäuden, wie im vorliegenden Falle, stellen, wie das RVA. wiederholt ausgesprochen hat, Bauarbeiten dar, die der gesetzlichen Versicherungspflicht unterliegen. Die Beklagte hat die Eigenschaft des Klägers als Arbeiter deshalb verneint, weil er selbst zu den Erben des oben erwähnten Sch.schen Nachlasses gehört und deshalb nur als Mitunternehmer der Arbeiten anzusehen sei. Dieser Auffassung konnte sich das RVA. indessen nicht anschließen. Denn es steht zunächst fest, daß der Nachlaß noch ungeteilt war, und daß somit die Erbengemeinschaft Unternehmerin der Arbeiten war. Auf Grund der Bekundungen der Zeugen H. und K. sowie der Angaben des Rechtsanwalts G., Vertreters eines Haupterben, des Ingenieurs Dr. R. in B., muß auch angenommen werden, daß der Kläger auf Grund der mit dem Rechtsanwalt G. getroffenen Vereinbarung den

Digitized by Google

Auftrag hatte, die Aufräumungsarbeiten auszuführen bezw. fortzusetzen. Rechtsanwalt G. nahm, obschon bei der Besprechung gelegentlich der Regulierung des Brandschadens von Lohn keine Rede war, gleichwohl als selbstverständlich an, daß der Kläger oder wer sonst die Arbeit machte, dies auf gemeinschaftliche Rechnung der Erben tun würde. Diese Annahme steht auch im Einklang mit der wirtschaftlichen Stellung des Klägers, der landwirtschaftlicher Arbeiter und im Sommer hauptsächlich als Drainierer tätig ist. Der Kläger war somit als Arbeiter bei Ausführung der von der Erbengemeinschaft in eigener Regie ausgeführten Aufräumungsarbeiten, die als Bauarbeiten der gesetzlichen Versicherung unterlagen, versichert. (Breithaupt.)

Streit darüber, welcher Versicherungsträger für den Unfall einzutreten hat (§ 1736 RVO.).

Rek.-Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 14. November 1913 (2730 Amtl. Nachr. 1914 S. 624).

Da der Antrag auf Entscheidung des Reichsversicherungsamts nach dem 31. Dezember 1912 gestellt worden ist, so richtet sich das Verfahren gemäß Artikel 91 des Einführungsgesetz zur RVO. nach deren Vorschriften. Ueber den Antrag war daher mündlich und öffentlich zu verhandeln; denn § 1736 Abs. 1 RVO. schreibt vor, daß das Reichsversicherungsamt im Spruchverfahren darüber entscheidet, welcher Versicherungsträger entschädigungspflichtig ist. Die Verhandlung vor dem Spruchsenat ist aber stets mündlich und — abgesehen von dem Falle des Ausschlusses der Oeffentlichkeit aus Gründen des öffentlichen Wohles oder der Sittlichkeit — auch öffentlich. Dies ergibt sich aus der Vorschrift des übrigens im § 1736 Abs. 3 noch ausdrücklich in bezug genommenen § 1701 in Verbindung mit §§ 1660 und 1679.

Bevor sachlich zu dem Antrag aus § 1736 Stellung genommen werden konnte, bedurfte es der Prüfung, ob die Voraussetzungen für das in Rede stehende Verfahren gegeben sind. Bei dem entsprechenden Verfahren des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes vom 30. Juni 1900 hat das Reichsversicherungsamt in ständiger Rechtsprechung für unbedingt notwendig erachtet, daß die Entschädigungspflicht an sich zweifellos klar, insbesondere unter den beteiligten Berufsgenossenschaften unstreitig sei, daß also, abgesehen von der Höhe der Entschädigung, lediglich die Frage offenstehe, welche Berufsgenossenschaft einzutreten habe (zu vgl. Handb. der Unfallverf. 3. Aufl. Bd. I S. 489 Anm. 3 zu § 73 Abs. 2 GUVG.). Der erkennende Senat hat diese Voraussetzung auch bei dem Verfahren nach § 1736 RVO. erfordert, von der Erwägung ausgehend, daß § 1736 seine Grundlage in den entsprechenden Paragraphen der Unfallversicherungsgesetze hat, und daß die Regelung dieses Verfahrens in der Reichsversicherungsordnung keinen Anhalt dafür bietet, daß von dem erwähnten Grundsatz, der auf der Besonderheit dieses Verfahrens beruht, abgegangen werden könne. Geht man aber hiervon aus, so ist im vorliegenden Falle die erwähnte Voraussetzung nicht gegeben. Die beiden Berufsgenossenschaften streiten nicht nur darüber, welche von ihnen für die Folgen des Unfalls des L. entschädigungspflichtig ist, sondern sie sind überhaupt nicht darüber einig, in welchem Vorgang der Betriebsunfall des L. zu erblicken ist, die Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft sieht ihn in einem Vorgang vom 24., die Fleischerei-Berufsgenossenschaft in einem Vorgang vom 16. September 1912, und gerade aus dieser unterschiedlichen Beurteilung leitet jede Berufsgenossenschaft auch unter Bestreiten der gegnerischen Darstellung in tatsächlicher Beziehung die Entschädigungspflicht der anderen her. Bei dieser Sachlage mußte der Antrag auf Entscheidung aus § 1736 abgelehnt werden. Die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft als die zunächst mit der Sache befaßt gewesene Berufsgenossenschaft wird daher nunmehr durch einspruchsfähigen Bescheid zur Sache Stellung zu nehmen haben.

Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts.

(Heft 8 der Amtl. Nachr. vom 21. August 1914.)

Die Wurmkrankheit ist nicht als Unfall, sondern als Gewerbekrankheit anzusehen; für Erblindung des Kranken infolge der Behandlung mit Farnkrautextrakt ist nicht die Berufsgenossenschaft entschädigungspflichtig (2725 S. 617).

Eine Anmeldung des Anspruchs auf Erhöhung der Rente im Sinne des Art. 89 Einf.Ges. zur RVO. liegt auch dann vor, wenn die Verschlimmerung der Unfallfolgen erst nach dem 31. Dezember 1912 glaubhaft gemacht ist (2726 S. 620).

Handelt es sich um eine vorläufige Rente, so ist der Rekurs auch dann unzulässig (§ 1700 Ziff. 7 RVO.), wenn der Jahresarbeitsverdienst streitig ist und wenn die Abgabe der Sache an das Reichsversicherungsamt (§ 1693 Abs. 1 RVO.) mit Unrecht unterblieben ist (2727 S. 622).

In der von der Gemeindebehörde gemäß § 55 Abs. 1 Satz 2 LUVG. — vgl. jetzt § 998 RVO. — zu erlassenden Bekanntmachung über die Auslegung des Unternehmerverzeichnisses bedarf es, wenn nicht die Satzung es vorschreibt, nicht eines besonderen Hinweises darauf, daß dies Verzeichnis auch Feststellungen über die Zwangsversicherung der Unternehmer enthält (2728 S. 623).

§ 902 RVO. gilt nicht, wenn über den Anspruch dem Verletzten gegenüber bereits vor dem

Digitized by Google

1. Januar 1913 rechtskräftig entschieden war (2729 S. 623).

Bei Streit mehrerer Versicherungsträger über die Entschädigungspflicht nach § 1736 RVO. wird mündlich und öffentlich verhandelt. — § 1736 RVO. setzt, wie § 73 Abs. 2 GUVG., voraus, daß, abgesehen von der Höhe der Entschädigung nur die Frage offensteht, welcher Versicherungsträger für den Unfall einzutreten hat (2730 S. 624).

Eine Vorentscheidung durch den Vorsitzenden der Spruchkammer (§ 1679 mit § 1657 RVO.) ist dann nicht mehr zulässig, wenn in der Sache bereits eine mündliche Verhandlung vor der Spruchkammer stattgefunden hat (2731 S. 625).

Die Vorentscheidung ist ohne Zuziehung eines Kollegiums vom Vorsitzenden der Versicherungsbehörde allein zu erlassen. Der Erlaß einer Vorentscheidung nach § 1657 RVO. ist zulässig, auch wenn die Klageschrift dem Beklagten zugefertigt ist und dieser sich zur Sache geäußert hat. — Ersatzstreitigkeiten, die auf Grund der §§ 25, 26 GUVG. erhoben und vor dem 1. Januar 1913 bei einem Verwaltungsgericht anhängig gemacht wurden, sind im Verwaltungsstreitverfahren durchzuführen; Abgabe an die Versicherungsbehörden nach Art. 86, 87 Einf.Ges. zur RVO. ist nicht zulässig (1884 S. 651).

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Wesentlicher Mangel, wenn statt des Vorsitzenden der Beschlußausschuß entschieden hat.

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 6. Mai 1914

(1886 Amtl. Nachr. 1914 S. 655).

Vorliegendenfalls handelt es sich um die Frage, ob die auf dem Rittergute M. beschäftigten polnischen Arbeiter russischer Staatsangehörigkeit versicherungspflichtig oder gemäß § 1233 RVO. versicherungsfrei waren und ob deshalb für sie die vollen oder nur die halben Beiträge zur Invalidenversicherung zu leisten gewesen wären. Es besteht somit ein Streit über die Beitragsleistung, über den, da er nicht bei der Rentenfestsetzung hervorgetreten ist, gemäß § 1459 Abs. 1 RVO. in erster Instanz das Versicherungsamt zu entscheiden hat. Unter der Bezeichnung „Versicherungsamt" ist aber in der Reichsversicherungsordnung stets nur der Vorsitzende ohne Zuziehung von Versicherungsvertretern zu verstehen. Sollen die Versicherungsvertreter bei einer Entscheidung mitwirken, so ist dem Worte „Versicherungsamt" stets in Klammer das Wort „Beschlußausschuß" oder „Spruchausschuß" hinzugefügt (zu vgl. der Komm.Ber. zur RVO. I. Teil S. 106, 135).

Im § 1459 Abs. 1 a. a. O. ist dies nicht geschehen. Die Entscheidung ist vielmehr „dem Versicherungsamt" übertragen. Hiernach kann es nicht zweifelhaft sein, daß vorliegend der Vorsitzende des Versicherungsamts allein ohne Zuziehung der Versicherungsvertreter zur Entscheidung berufen war.

Nach § 1781 Abs. 1 RVO. bestimmt lediglich das Gesetz, welche Beschlußsachen durch den Beschlußausschuß zu entscheiden sind. Gegenüber dem klaren Wortlaut dieser Vorschrift könnte dem Vorsitzenden des Versicherungsamts das Recht, dem Beschlußausschuß auch andere Beschlußsachen zuzuweisen, nur dann zuerkannt werden, wenn das Gesetz eine Grundlage hierfür gäbe. Dies ist aber nicht der Fall. Im Gegenteil geht aus dem Umstand, daß in Abs. 2 des § 1781 nur dem Vorsitzenden der Beschlußkammer des Oberversicherungsamts die Ueberweisungsbefugnis erteilt wird, klar hervor, daß dem Vorsitzenden des Versicherungsamts das gleiche Recht nicht eingeräumt werden sollte. Der Vorsitzende des Versicherungsamts war also vorliegend nicht befugt, die Sache dem Beschlußausschusse zu überweisen.

Somit hat eine sachlich unzuständige Stelle entschieden. Hierin liegt ein wesentlicher Mangel des Verfahrens.

Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts.

(Heft 8 der Amtl. Nachr. vom 21. August 1914.)

Auch wenn das Oberversicherungsamt die wegen Verweigerung einer ärztlichen Nachuntersuchung erfolgte zeitweise Entziehung der Rente nach § 1306 RVO. für gerechtfertigt erachtet, so hat es dennoch auf die nachträgliche Bereiterklärung des Rentenempfängers dessen Nachuntersuchung zu veranlassen. Durch die Bereiterklärung und Nachuntersuchung wird zwar nicht die Rechtmäßigkeit des Entziehungsbescheides an sich, wohl aber dessen weitere Wirkung beseitigt, und zwar vom Zeitpunkt der Bereiterklärung an (1878 S. 632).

Soweit der Ersatzanspruch eines Armenverbandes sich auf einen bürgerlich-rechtlichen Abtretungsvertrag stützt, ist das Spruchverfahren nach §§ 1540, 1771 ff. RVO. ausgeschlossen. — Ein Armenverband geht seines Ersatzanspruchs aus § 1531 RVO. nicht schon dadurch verlustig, daß er sich wegen dieses Anspruchs den Rentenanspruch nach § 119 Abs. 1 Ziff. 3 RVO. abtreten läßt. — Bei Widerspruch der Rentenberechtigten gegen die Befriedigung des Armenverbandes aus

Digitized by Google

der Rente liegt ein Ersatzstreit im Sinne des § 1540 RVO. vor; bis zur Beseitigung des Widerspruchs im Verfahren nach §§ 1771 ff. ist der Versicherungsträger dem Armenverband gegenüber berechtigt, die Befriedigung des Ersatzanspruchs zu verweigern. — Im Spruchverfahren über den Widerspruch ist der Versicherungsträger dann nicht beteiligt, wenn er den Ersatzanspruch anerkannt und sich für den Fall der Zustimmung des Rentenberechtigten zur Befriedigung bereit erklärt hat. — Der Armenverband kann für die Armenunterstützung eines Rentenempfängers nur insoweit Ersatz beanspruchen, als sein Kostenaufaufwand durch einen ihm zugute gekommenen Arbeitsverdienst nicht bereits gedeckt ist (1880 S. 634).

Streit über einen Ersatzanspruch im Sinne des § 1526 RVO. liegt auch dann vor, wenn der Rentenberechtigte die Rechtmäßigkeit der bereits erfolgten Befriedigung eines nach § 1522 Abs. 3 erhobenen Ersatzanspruchs bestreitet. — Der Träger der Unfallversicherung kann den von einer Versicherungsanstalt nach § 1522 Abs. 3 Satz 1 RVO. geltend gemachten Ersatzanspruch mit Wirkung gegenüber dem Rentenberechtigten nur mit dessen Zustimmung befriedigen. — Ein Versicherungsträger kann im Sinne des § 1708 Abs. 2 Satz 2 RVO. „mitbeteiligt" sein, auch wenn er am bisherigen Verfahren nicht teilgenommen hat (1882 S. 646).

Eine Beurlaubung unterbricht die versicherungspflichtige Beschäftigung dann nicht, wenn der Versicherte auch während des Urlaubs Entgelt erhält und der Verfügungsgewalt des Arbeitgebers untersteht (1885 S. 655).

Wenn in einem Streitverfahren (gemäß § 1459 RVO.) der Beschlußausschuß an Stelle des Vorsitzenden des Versicherungsamts entschieden hat, so leidet das Verfahren an einem wesentlichen Mangel (1886 S. 655).

Die in einem anhängigen Berufungsverfahren entstandenen Kosten der Abschriften von Beweisverhandlungen sind als Kosten des Oberversicherungsamts nach § 80 Abs. 1 RVO. vom Bundesstaate zu tragen (1889 S. 658).

Eine der Zuständigkeit der Versicherungsämter unterworfene Streitigkeit im Sinne der Ziff. 4 der Bek. des Reichskanzlers vom 31. März 1913, betr. Ausführung des Art. 3 Abs. 2 des deutsch-italienischen Abkommens vom 31. Juli 1912 (Amtl. Nachr. 1913 S. 385) liegt nicht vor, wenn die Durchführung eines vor Stellung des Ueberweisungsantrags eingeleiteten Heilverfahrens den Gegenstand des Streites bildet (1890 S. 658).

E. Zur Angestelltenversicherung.

Merkblatt
der Reichsversicherungsanstalt für die Entrichtung der Beiträge zur Angestelltenversicherung.

(Neue Fassung, gültig vom 1. Juli 1914 ab.)

1. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, für sich und seine Angestellten die am Schlusse eines jeden Monats fälligen Beiträge bis spätestens zum 15. des nächsten Monats an die Reichsversicherungsanstalt portofrei einzuzahlen (§ 181 des Versicherungsgesetzes für Angestellte). Zuwiderhandlungen sind mit Strafe bedroht (§ 340 a. a. O.). Rückständige Beiträge werden im Verwaltungszwangsverfahren beigetrieben (§ 227 a. a. O.).

In den Fällen des § 176 a. a. O. (Beschäftigung bei einem einzigen Arbeitgeber einen vollen Beitragsmonat hindurch) sind die Beiträge nach Gehaltsklassen zu entrichten (Tabelle auf der Versicherungskarte und auf den Vordrucken RfA. II Nr. 3, siehe unten Nr. 2).

In den Fällen des § 177 a. a. O. (Beschäftigung bei mehreren Arbeitgebern oder nicht einen vollen Beitragsmonat hindurch) hat jeder einzelne Arbeitgeber acht Hundertstel des für die Beschäftigung gezahlten Entgelts als Beitrag zu zahlen. Der hiernach für jeden einzelnen Beitragsmonat und jeden einzelnen Arbeitgeber sich ergebende Beitrag ist auf 10 Pfennig aufzurunden. Das gezahlte Entgelt ist in der Nachweisung (s. u. Nr. 2) anzugeben.

Ist der Angestellte gemäß § 390 a. a. O. von der eigenen Beitragsleistung befreit, so hat der Arbeitgeber nur seine Beitragshälfte (bezw. 4 Prozent, aufgerundet auf 5 Pf.) an die Reichsversicherungsanstalt abzuführen (§ 392 a. a. O.).

Bei Erkrankungen, militärischen Uebungen und Beurlaubungen des Angestellten sind Beiträge für ihn fortzuentrichten, solange er Gehalt bezieht.

2. Der Arbeitgeber hat bei der ersten Beitragszahlung eine Nachweisung (Uebersicht nach § 181 a. a. O.) über seine versicherungspflichtigen Angestellten und die fälligen Beiträge aufzustellen und vorher oder bei der Einzahlung der Beiträge an die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte in Berlin-Wilmersdorf, Hohenzollerndamm, portofrei einzusenden. Hierzu erhält er die Vordrucke (RfA. II Nr. 3) bei der Ausgabestelle für die Angestelltenversicherung seines Sitzes. Bis zu 20 Angestellten dient der einseitige Vordruck. Bei mehr als 20 Angestellten kommen mehrere einseitige Vordrucke oder Einlagevordrucke, die gleichfalls von der Ausgabestelle abgegeben werden, zur Verwendung. In die Nachweisung sind die Angestellten in der Reihenfolge der Gehaltsklassen, mit der Klasse A beginnend, und innerhalb jeder Gehaltsklasse alphabetisch nach Namen einzutragen.

3. Beschäftigen mehrere Arbeitgeber den Versicherten während des Monats (§ 177 a. a. O.), so können an Stelle der Nachweise (siehe vorstehend Nr. 2) Postkartenvordrucke benutzt werden, die gleichfalls von der Ausgabestelle ausgehändigt werden.

4. Die Beitragseinzahlung erfolgt im Postscheckverkehr mittels besonderer (roter) Zahlkarten, die der Arbeitgeber bei seiner Postanstalt erhält. Die Erläuterungen zur Ausfüllung und Benutzung sind auf der Rückseite der Formulare angegeben. Die

Digitized by Google

Postgebühr beträgt bis 25 M = 5 Pfennig, über 25 M = 10 Pfennig und ist vom Arbeitgeber mitzuzahlen. — Inhaber von Postscheckkonten können die Beiträge auch durch Ueberweisung entrichten. Dazu sind die gewöhnlichen Ueberweisungsformulare zu benutzen, von denen der anhaftende Abschnitt vom Kontoinhaber abzutrennen und zu beseitigen ist. Statt dieses Abschnitts ist der Ueberweisung bei der Uebersendung an das Postscheckamt ein besonderer Gutschriftzettel beizufügen. Diese Gutschriftzettel werden in Blocks zu 50 Stück — zum Preise von 10 Pf. für einen Block — von den Postscheckämtern an die Kontoinhaber abgegeben.

Der Arbeitgeber hat auf der Vorderseite des Zahlkartenabschnitts (bezw. des Gutschriftzettels) seinen Namen, Wohnort, Straße und Postanstalt genau und leserlich, wenn möglich mittels Stempels, anzugeben, und zwar in genauer Uebereinstimmung mit seinen Angaben auf den Nachweisungen bezw. Veränderungsanzeigen. Er hat ferner die auf der Rückseite der Zahlkartenabschnitte (bezw. Gutschriftzettel) befindliche Kontrollübersicht, die zur Nachprüfung der Beitragssumme dient, auszufüllen.

Als Quittung über die eingezahlten Beiträge dient der Posteinlieferungsschein (bezw. der Lastschriftzettel des Postscheckamtes).

5. Für Lehrer und Erzieher aller Art, die bei mehreren Arbeitgebern während eines Monats tätig sind, können die (gemäß § 177 a. a. O.) fälligen Beiträge nach vorheriger Anzeige an die Reichsversicherungsanstalt vierteljährlich eingezahlt werden. In diesem Falle sollen die Postkartenvordrucke — siehe oben Nr. 3 — benutzt werden.

Der Lehrer kann von seinen mehreren Arbeitgebern beauftragt werden, die Einzahlung der Beiträge an die Reichsversicherungsanstalt für sie zu besorgen. Die Arbeitgeber haben hiervon der Reichsversicherungsanstalt Mitteilung zu machen. Der Lehrer hat, wenn die Einzahlung für mehrere Arbeitgeber mittels einer Zahlkarte erfolgt, gleichzeitig eine Liste an die Reichsversicherungsanstalt einzusenden. Die Liste hat Namen, Wohnort und Straße der Arbeitgeber, das von ihnen für jeden einzelnen Monat gezahlte Entgelt sowie die Höhe des Beitrages (8 Prozent bezw. 4 Prozent des Entgelts, aufgerundet für jeden Monat und jeden Arbeitgeber auf 10 bezw. 5 Pf.) zu enthalten. Vordrucke zu dieser Liste (R. f. A. II Nr. 80) liefert auf Ansuchen die Reichsversicherungsanstalt.

Der Lehrer kann von seinen Arbeitgebern bevollmächtigt werden, in ihrer Vertretung den Vermerk in der Versicherungskarte (siehe unten Nr. 8) vorzunehmen.

6. Bei der zweiten und den folgenden Beitragszahlungen müssen die Veränderungen (mit ihren genauen Eintrittsdaten) angegeben werden, welche die Abweichung gegen die vorherige Beitragssumme klarstellen und die Konten der einzelnen Angestellten beeinflussen. Veränderungen sind dann gegeben, wenn Angestellte

a) aus dem Dienst ausscheiden (Abgang, z. B. wegen Stellenwechsels, Selbständigwerdens, Invalidität, Tod);
b) in den Dienst neu eingestellt werden (Zugang);
c) Gehaltsänderungen erfahren, die einen andern Beitrag bedingen.

7. Zu den Veränderungsanzeigen sind dieselben Vordrucke (RfA. II Nr. 3) wie für die Nachweisung bei der ersten Beitragszahlung (siehe vorstehend Nr. 2) zu verwenden. Die Veränderungen sind nach der Einteilung zu Nr. 6 unter a (Abgang), b (Zugang), c (Gehaltsänderung) gesondert aufzuführen. Ein Muster einer Veränderungsanzeige (R. f. A. II. Nr. 72) kann von der Reichsversicherungsanstalt bezogen werden. Sind keine Veränderungen eingetreten, so ist dieses durch Berichtigung des auf den Zahlkartenabschnitten (bezw. Gutschriftzetteln) unter der Kontrollübersicht (siehe oben unter Nr. 4) vorgesehenen Textes zu vermerken. Die Veränderungsanzeigen sind vor der nächsten Beitragszahlung, spätestens gleichzeitig mit ihr, an die Reichsversicherungsanstalt abzusenden.

8. Die Einzahlung der Beiträge an die Reichsversicherungsanstalt hat der Arbeitgeber in der Versicherungskarte durch Eintragung des vollen, an die Reichsversicherungsanstalt abgeführten Beitrages und Beischrift seines Namens oder seiner Firma handschriftlich oder durch Stempel zu vermerken.

Die Verwendung von Marken ist in den Fällen des § 177 a. a. O. ausgeschlossen (Bekanntmachung des Direktoriums vom 24. Mai 1912), in den Fällen des § 176 a. a. O. durch die Einzahlung der Beiträge im Postscheckverkehr durchaus entbehrlich geworden. Sie können in letzteren Fällen nach Fälligkeit, Nachprüfung und Verbuchung der eingegangenen Beiträge auf besonderen Antrag dem Arbeitgeber, der hierfür die Porto- und Einschreibgebühren zu tragen hat, verabfolgt werden.

9. Arbeitgeber, die Angestellte in mehreren Betrieben (Filialen) an demselben Orte oder an verschiedenen Orten beschäftigen, können die Beiträge von dem Hauptbetrieb aus zahlen. Sie haben diese Absicht unter Angabe ihrer sämtlichen Betriebe der Reichsversicherungsanstalt anzuzeigen. Auch die Nachweisungen (Veränderungsanzeigen) sind alsdann vom Hauptbetriebe aus einzusenden. Hierzu ist ein einziger Vordruck RfA. II Nr. 3 (ev. mit Einlagebogen, siehe oben Nr. 2 und 7) zu verwenden, auf dem jedoch die einzelnen Betriebe getrennt anzuführen sind. Im Kopf dieses Vordruckes ist jedoch nur der Hauptbetrieb von dem aus die Zahlung erfolgt, anzugeben.

10. Zum Verständnis der unter Nr. 11 gegebenen Zusammenstellung der bei der Beitragszahlung zur Angestelltenversicherung von den Arbeitgebern zu beachtenden Vorschriften ist ein kurzer Ueberblick über die bei der Reichsversicherungsanstalt getroffenen Buchungseinrichtungen notwendig:

Für jeden versicherten Angestellten wird bei der Reichsversicherungsanstalt eine Kontokarte geführt, auf der die für ihn gezahlten Beiträge verbucht werden.

Die Kontokarten der versicherten Angestellten eines und desselben Arbeitgebers liegen zusammen (nach Gehaltsklassen und den Anfangsbuchstaben der Namen geordnet) in einer Mappe, die die Adresse und die Buchungsnummer dieses Arbeitgebers trägt.

Die Mappen der Arbeitgeber sind innerhalb jedes Oberpostdirektionsbezirkes (Buchungsbezirks) nach Postanstaltsbezirken und innerhalb der Postanstaltsbezirke alphabetisch nach dem Namen der Arbeitgeber geordnet. Dieser Anordnung entspricht auch die Reihenfolge der Buchungsnummern.

Hat ein Arbeitgeber einen Beitrag mittels der für seinen Oberpostdirektionsbezirk eingeführten roten Zahlkarte auf das für diesen Oberpostdirektionsbezirk eingerichtete Postscheckkonto der Reichsversicherungsanstalt eingezahlt, so gibt das Postscheckamt Berlin der Reichsversicherungsanstalt durch Uebersendung des (linken) Abschnittes der Zahlkarte davon Nachricht. Solcher Zahlkartenabschnitte gehen aus den 50 Oberpostdirektionsbezirken des Deutschen Reiches insgesamt bis zu 25 000 und mehr an einem Tage bei der Reichsversicherungsanstalt ein.

Digitized by Google

Ein Zahlkartenabschnitt ohne Angabe des Absenders ist zunächst unanbringlich, eine Anfrage an die Postanstalt, bei der die Zahlkarte aufgegeben ist, meist ergebnislos. Erst durch die Antwort des betreffenden Arbeitgebers (s. Nr. 11, XII) auf ein erhaltenes Mahnschreiben kann noch Aufklärung erfolgen.

Ein Zahlkartenabschnitt mit einer andern Absenderadresse, als auf der Arbeitgebermappe steht, kann zu einer falschen Arbeitgebermappe genommen werden, da unter den mehr als 300 000 Arbeitgebermappen sich leicht eine solche mit gleich oder ähnlich lautender Aufschrift finden kann, oder führt zur Anlegung einer neuen Arbeitgebermappe; denn da der Arbeitgeber die Beiträge zu zahlen hat, muss zunächst angenommen werden, dass es sich um einen neuen Arbeitgeber handelt (s. Nr. 11, VI). Freiwillig Versicherte tun gut, auf dem Zahlkartenabschnitt stets hinzuzufügen: „Freiwillige Versicherung".

Die Benutzung einer für einen andern Oberpostdirektionsbezirk bestimmten Zahlkarte verzögert die Verbuchung, da der Abschnitt in den andern Buchungsbezirk wandert und erst von diesem an den richtigen Buchungsbezirk weitergeleitet wird (s. Nr, 11, II).

Nach den Veränderungsanzeigen der Arbeitgeber wird bei der Reichsversicherungsanstalt die von ihnen erstmalig übersandte Uebersicht über ihre versicherten Angestellten berichtigt. Ohne eine solche vollständig auf den Stand des laufenden Beitragsmonats gebrachte Uebersicht ist eine richtige Verbuchung der übersandten Beiträge auf die Konten der Versicherten unmöglich (s. Nr. 11, III, IV, VII, IX—XI).

Die Veränderungsanzeige muss eben deswegen auch vor dem Zahlkartenabschnitt zur Buchungsstelle gelangen. Das kann aber nur geschehen, wenn die Veränderungsanzeige auf dem Vordruck R. f. A. II Nr. 3 erstattet wird. Sie ist dann äusserlich erkennbar und wird von der Posteingangsstelle der Reichsversicherungsanstalt sofort der richtigen Buchungsstelle zugeführt (s. Nr. 11, IV).

11. Zusammenstellung der bei der Beitragszahlung zur Angestelltenversicherung von den Arbeitgebern zu beachtenden Vorschriften:

I. Beiträge nebst Postgebühren (bis 25 M. = 5 Pf., über 25 M. = 10 Pf.) spätestens bis zum 15. jeden Monats für den verflossenen Monat mittels roter Zahlkarte an die Reichsversicherungsanstalt in Berlin-Wilmersdorf senden!

II. Nur rote Zahlkartenvordrucke dazu verwenden, die von einer Postanstalt im Oberpostdirektionsbezirk des Arbeitgebers bezogen sind!

III. Veränderungsanzeige nicht vergessen! Mit 10 Pf. (Briefporto) frankiert vor Absendung der Beiträge an die Reichsversicherungsanstalt senden!

IV. Zu Veränderungsanzeigen stets den Vordruck R. f. A. II Nr. 3 benutzen (nicht Postkarten oder gewöhnliche Briefe)!

V. Vorder- und Rückseite des (linken) Zahlkartenabschnittes dem Vordruck gemäss sorgfältig ausfüllen!

VI. Als Absender der Beiträge auf dem (linken) Zahlkartenabschnitt ausnahmslos unter stets gleicher Bezeichnung den Arbeitgeber (nicht einen Angestellten desselben oder sonstigen Dritten) in deutlicher Schrift angeben!

VII. Auf Zahlkartenabschnitt und Veränderungsanzeige stets den Betriebssitz (auch Strasse und Hausnummer), niemals einen vorübergehenden Aufenthaltsort des Arbeitgebers angeben!

VIII. Ausser der Veränderungsanzeige keine sonstigen Anfragen oder Mitteilungen auf den Vordruck R. f. A. II Nr. 3 setzen!

IX. Vordruck R. f. A. II Nr. 3 für Veränderungsanzeigen nach Anleitung des von der Reichsversicherungsanstalt zu beziehenden Musters (R. f. A. II Nr. 72) genau und vollständig ausfüllen!

X. Im Kopf des Vordruckes R. f. A. II Nr. 3 den Arbeitgeber und seinen Betriebssitz genau so bezeichnen wie auf dem (linken) Zahlkartenabschnitt!

XI. Die Adresse des Arbeitgebers bei allen Beitragssendungen (auf den Zahlkartenabschnitten wie im Kopf der Vordrucke R. f. A. II Nr. 3) stets in derselben unveränderten Form anführen!

XII. Auf zu Unrecht ergangene Mahnungen der Reichsversicherungsanstalt (meist veranlasst durch Nichtbeachtung einer der vorstehenden Vorschriften seitens des Arbeitgebers) sofort antworten, an welchem Tage, bei welcher Postanstalt, in welchem Betrage, unter welchem Absendernamen und auf welches Postscheckkonto die Einzahlung des Beitrages erfolgt ist!

XIII. Bei allen Eingaben an die Reichsversicherungsanstalt die Buchungsnummer des Arbeitgebers angeben! (Jedem Arbeitgeber wird die Buchungsnummer, unter der er bei der Reichsversicherungsanstalt geführt wird, bei der erstmaligen Uebersendung der Kontoauszüge für seine Angestellten mitgeteilt.) Für jede Angelegenheit möglichst ein besonderes Briefblatt benutzen!

XIV. In allen Antwortschreiben auf Anfragen der Reichsversicherungsanstalt die Geschäftsnummer der Anfrage angeben!

Sprechsaal.

Die Sterbeurkunde von Kriegsgefallenen.*)

Bei der Geltendmachung von Ansprüchen auf Bezüge der Hinterbliebenen (§ 1258 ff. RVO.) sind nach §§ 76—80 der Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter vom 24. Dezember 1911 die Sterbeurkunden der Versicherten vorzulegen. Für die Beurkundung der Sterbefälle von Militärpersonen, welche ihr Standquartier nach erfolgter Mobilmachung verlassen haben, ist nach der Kaiserlichen Verordnung vom 20. Jan. 1879 (Reichsgesetzblatt von 1879 S. 5) der Standesbeamte zuständig, in dessen Bezirk der Verstorbene seinen letzten Wohnsitz hatte. Das Gleiche gilt nach der Kaiserlichen Verordnung v. 20. Febr. 1906 (Reichsgesetzblatt von 1906 S. 359), für die Militärpersonen, welche sich auf den in Dienst gestellten

*) Zu vergl. oben die Abhandlung von Herrn Dr. Brunn.

Digitized by Google

Schiffen oder Fahrzeugen der Kaiserlichen Marine befinden.

Die Eintragung in das Sterberegister erfolgt auf Grund einer schriftlichen, dienstlich beglaubigten Anzeige des Kommandeurs.

Hiernach sind die Versicherungsämter in der Zwangslage, von den Hinterbliebenen des im Kriege Gefallenen die Vorlegung der standesamtlichen Sterbeurkunde zu verlangen. Liegt eine Meldung des Kommandeurs noch nicht vor, auf Grund deren die Eintragung in das Sterberegister erfolgen kann, so können die Anträge auf Hinterbliebenenbezüge nicht gefördert werden, weil das Versicherungsamt nach § 81 der Verordnung vom 24. Dezember 1911 die Vollständigkeit der vorgelegten Beweisstücke zu prüfen und dahin zu wirken hat, daß fehlende Beweisstücke nachgeliefert werden. Bisher ist die Ausstellung der Urkunden von den Standesbeamten meist verweigert worden, weil die Meldungen des Todesfalles noch nicht eingegangen waren. Bei vielen Standesämtern sind solche Meldungen überhaupt noch nicht eingegangen.

Um nun die Hinterbliebenen vor lästigen Verzögerungen zu schützen, wird es sich empfehlen, die den Angehörigen der Gefallenen zugegangenen Todesnachrichten dem Zentralnachweis des Kriegsministeriums zur schriftlichen Bestätigung nach den amtlichen Listen vorlegen zu lassen und nach erfolgter Bestätigung als ausreichende Beurkundung des Todes vorläufig anzusehen. Wenn diese Bestätigungen auch keine korrekten Sterbeurkunden darstellen, so ist doch zu hoffen, daß die Landesversicherungsanstalten sie als ausreichende Unterlagen für die Gewährung der Hinterbliebenenbezüge ansehen, selbst auf die Gefahr hin, daß sich die Todesmeldung nachträglich als irrtümlich herausstellen, und in einigen, gewiß seltenen Fällen die Angehörigen zu Unrecht Bezüge erhalten.

Magistratsassessor Dr. Simm in Berlin.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Der Fünfpfennig-Zuschlag.

Es ist eine recht unerfreuliche Erscheinung, daß die großen Krankenkassenverbände in ihrem redlichen Bemühen um die Erfüllung der im „Berliner Abkommen" — ArbVers. 1914 S. 50; vgl. auch S. 197, 282 — bei einer Anzahl der ihnen angeschlossenen Kassen auf Widerstand, auf eine hartnäckige Abneigung gegen die Zahlung des Fünfpfennig-Zuschlags stoßen. Es ist peinlich, daß die Verbände genötigt sind, diese Kassen in öffentlichen Aufforderungen an die Erfüllung ihrer Verbindlichkeit zu erinnern.

Der Verband zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen erinnert daran, daß die Verbände es unternommen haben, ihren Einfluß dahin geltend zu machen, daß allenthalben die Kassen zu dem Arzthonorar einen Zuschlag von jährlich 5 Pf. auf den Kopf der Versicherten bewilligen. „Mit diesem Zuschlag soll bekanntlich die Hälfte der Kosten gedeckt werden, die durch die Abfindung der an verschiedenen Orten während der Kampfzeit von auswärts herangezogenen Aerzte entstehen.

Wenn auch die meisten Kassen den geringen Zuschlag alsbald bewilligt und bezahlt haben, so sind leider zahlreiche andere Kassen damit noch im Rückstande, obgleich letztere nicht mehr im Zweifel darüber sein können, daß sie durch ihr Verhalten das für die Leistungen und für die gedeihliche Weiterentwicklung der Krankenversicherung dringend notwendige Einvernehmen zwischen Krankenkassen und Aerzten ernstlich gefährden. Das Berliner Abkommen hat die Krankenkassen vor einem schweren Konflikt mit den Aerzten bewahrt und einen allgemeinen Frieden für zehn Jahre angebahnt. Die Voraussetzung für die Durchführung und den Fortbestand des Abkommens ist aber die Zahlung des Fünfpfennig-Zuschlags seitens der Kassen. Diejenigen Kassen, die sich weigern, den Fünfpfennig-Zuschlag zu zahlen, stören den Frieden zwischen Krankenkassen und Aerzten und bringen die Kassen um die Errungenschaften des Berliner Abkommens.

Die Aufrechterhaltung des Berliner Abkommens liegt nicht nur im Interesse derjenigen Kassen, die erst auf dieser Grundlage in der Lage waren, Arztverträge zu schließen, sondern auch aller der Kassen, die unabhängig vom Berliner Abkommen Arztverträge schließen konnten. Den letztgenannten Kassen bietet das Berliner Abkommen den großen Vorteil, daß es ihnen die Erreichung annehmbarer neuer Verträge nach Ablauf der jetzt geltenden gewährleistet. Da das Berliner Abkommen allen Kassen die Möglichkeit verschafft, Verträge zu angemessenen Bedingungen zu schließen, so laufen die Kassen, die sich vom Berliner Abkommen ausschließen, die Gefahr, daß ihnen im Falle eines Streites mit den Aerzten die Ermächtigung nach § 370 RVO., wonach die ärztliche Behandlung durch eine Barleistung abgegolten werden kann, versagt wird und sie dann gezwungen sind, sich zu unterwerfen.

Wir richten deshalb wiederholt an alle Betriebskrankenkassen, die mit der Zahlung des Fünfpfennig-Zuschlags noch im Rückstande sind, die dringende Bitte, im Interesse des für die Kassen in dieser ernsten Zeit ganz besonders gebotenen einträchtigen Zusammenarbeitens mit den Aerzten das Berliner Abkommen anzuerkennen und nicht noch länger durch Verweigerung des geringfügigen Zuschlages die Aufrechterhaltung und Durchführung des Berliner Abkommens zu gefährden. Wir hoffen, daß die Betriebskrankenkassen die Krankenkassenverbände nicht im Stich lassen und diesem Rufe Folge leisten, damit der Friede mit den Aerzten erhalten bleibt und Ruhe und Sicherheit in die Verhältnisse der Krankenkassen kommt."

Der Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen weist ausdrücklich darauf hin, daß übernommene Verpflichtungen trotz etwa bestehender Differenzen unbedingt erfüllt werden müssen. Die Einbehaltung des Zuschlags sei kein Mittel, angemessene Vertragsbedingungen durchzusetzen. „Dazu sind andere im Abkommen bezeichnete Wege gegeben. Wenn sich ein Teil der Kassenvorstände den übernommenen Pflichten mit der Begründung entzieht, daß zwischen ihren Kassen und den Aerzten überhaupt keine Differenzen bestanden haben, so ist das nicht haltbar. Das Abkommen, welches unter wesentlicher Beteiligung

Digitized by Google

von Reichs- und Staatsbehörden getroffen wurde, gilt nahezu für das ganze Reich. Seine Bestimmungen kommen früher oder später allen Kassen zugute. Kassen, welche den Fünfpfennig-Beitrag nicht entrichten, stellen sich außerhalb der Gemeinschaft, sie sind aber auch völlig schutzlos, wenn sie von den Aerzten angegriffen werden, sie sind ferner der Gefahr ausgesetzt, daß die Aufsichtsbehörden an Stelle der Vorstände die Arztverträge abschließen und auch die Abführung des Fünfpfennig-Beitrags anordnen.

Ungünstige Kassenverhältnisse und der Krieg dürfen die Abführung des Beitrags gleichfalls nicht aufhalten. Bei keiner Kasse ist es von Bedeutung, wenn für ärztliche Behandlung pro Jahr und Mitglied 5 Pf. mehr aufgewendet werden. Je mehr Kassen sich aber an der Aufbringung der Mittel beteiligen, desto schneller wird der erforderliche Betrag aufgebracht, um so früher wird wieder Ruhe und Frieden eintreten.

Die dem Hauptverbande deutscher Ortskrankenkassen direkt oder indirekt angeschlossenen Kassen müssen und werden jedenfalls durch Zahlung des Fünfpfennig-Beitrags den Nachweis bringen, daß sie Solidarität zu üben verstehen und daß sie sich gefaßten Beschlüssen unterordnen. Sie werden die Erhaltung des Berliner Abkommens nicht gefährden, sondern das erfüllen, was durch Verbandstag und Verbandsvorstand übernommen ist." — —

Man kann den Bemühungen der Verbände nur besten Erfolg wünschen — auch im Interesse des Ansehens der Krankenkassen, das nicht gewinnt, wenn sie es an der bei ihnen vorausgesetzten Bewährung der Vertragstreue und des Gemeinsinns fehlen lassen.

Angestelltenversicherung der Kriegsteilnehmer.

Zur Frage der Entrichtung der Beiträge zur Angestelltenversicherung für Kriegsdienstpflichtige hatte das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt sich, wie folgt, geäußert:

„Es kommt darauf an, ob das Angestelltenverhältnis aus Anlaß der Einziehung des Versicherten zur Erfüllung der Wehrpflicht durch Kündigung ordnungsmäßig aufgelöst worden ist oder nicht (§ 620 Abs. 2, § 626 BGB., § 60, § 72 Ziff. 3 HGB.). Ist eine Kündigung nicht erfolgt und wird dem Versicherten oder seinen Angehörigen während der Kriegszeit das Gehalt fortgezahlt, so sind auch die Beiträge zur Angestelltenversicherung an die Reichsversicherungsanstalt weiter zu entrichten. Das Gleiche gilt, wenn der Versicherte oder seine Angehörigen nicht das volle Gehalt, sondern nur einen Teilbetrag davon erhalten. Im letzteren Falle ist der Beitrag in der entsprechend niedrigeren Gehaltsklasse zu entrichten. Ist die Kündigung ordnungsgemäß zustande gekommen und wird dem Versicherten oder seinen Angehörigen das Gehalt ganz oder teilweise fortgezahlt, so gelten diese Zuwendungen als freiwillige Unterstützungen und verpflichten nicht zur Beitragsentrichtung. Das wird auch dann zu gelten haben, wenn der Arbeitgeber bei der Kündigung erklärt hat, den gekündigten Angestellten auf sein Ansuchen später wieder in die frühere Stellung aufzunehmen. Die Kündigung kann selbstverständlich auch nachträglich erfolgen. Wird die Weiterzahlung der Bezüge gänzlich eingestellt, so entfällt die Beitragspflicht ebenfalls."

Die Handelskammer zu Berlin beantragte infolgedessen bei dem Direktorium, es möge die Uebung fallen gelassen werden, daß für einen im Felde stehenden Angestellten, dem der Prinzipal trotz der Möglichkeit sofortiger Kündigung (gemäß § 72 Nr. 3 HGB.) Stellung und Gehalt beläßt, obendrein auch noch die Zahlung der Versicherungsbeiträge erzwungen wird; hier könne es sich höchstens um eine freiwillige Mehrleistung handeln.

Auf diesen Antrag hat das Direktorium die nachstehende Antwort erteilt:

„Es ist richtig, daß für Angestellte, die ihr Gehalt während des Militärdienstes in früherer Höhe fortgezahlt erhalten oder einen Teil dieses Gehalts weiter beziehen, die Versicherungsbeiträge — gegebenenfalls in der dem gekürzten Gehalt entsprechenden Höhe — grundsätzlich weiter geleistet werden müssen. Die Verpflichtung zur Beitragsleistung fällt aber fort, wenn das Angestelltenverhältnis anläßlich der Einberufung des Versicherten zu den Fahnen durch Kündigung aufgelöst ist (§ 620 Abs. 2, § 626 BGB.; § 66, § 72 Nr. 3 HGB.); dies auch dann, wenn der Arbeitgeber anläßlich der Kündigung sich bereit erklärt hat, den gekündigten Angestellten auf sein Ansuchen später wieder in die frühere Stellung aufzunehmen, oder wenn die Kündigung erst nachträglich erfolgt ist. Der Arbeitgeber hat es also ganz in seiner Hand, sich durch Kündigung des Dienstverhältnisses von der Beitragsleistung zu befreien, ohne deshalb von der freiwilligen Gehaltsweiterzahlung Abstand nehmen zu müssen. Wir glauben aber, hoffen zu dürfen, daß diejenigen Geschäftsherrn, die an sich aus sozialen, patriotischen und ethischen Gründen von einer Kündigung des Dienstverhältnisses Abstand nehmen wollen, nicht lediglich wegen der Verpflichtung zur Beitragsleistung, die ja für ihren Teil noch nicht 4 % des Gehalts beträgt, zur Kündigung schreiten werden. Dient doch die Fortsetzung der Beitragszahlung nicht etwa nur den Interessen der Reichsversicherungsanstalt, sondern vielmehr in erster Linie denen der Versicherten. Bei dieser Sachlage dürfte sich die angeregte besondere Regelung der Beitragspflicht erübrigen."

Uebrigens hat das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt im Interesse der Kriegsfürsorge besondere Maßnahmen für das Heilverfahren (§§ 36 ff. AVG.) in Aussicht genommen, und der Verwaltungsrat hat einmütig diesen Entschließungen zugestimmt. Es sollen zu diesem Zweck die Reserven des Heilverfahrens bis zum Betrage von 10 Mill. Mark, das sind 7,5 % des Vermögensbestandes der Reichsversicherungsanstalt Ende 1913, aufgewendet werden.

Die Kriegsmaßnahmen der Arbeitgeber.

Ueber Fortführung der Betriebe, Fortzahlung der Löhne und Fürsorge für die Familien der zum Kriegsdienst eingezogenen Arbeiter entnehmen wir dem Reichs-Arbeitsblatt (Nr. 9) auszugsweise folgendes:

Zahlreiche Arbeitgeber haben den Aufforderungen der Behörden und Arbeitgeberverbände entsprochen, indem sie die Betriebe nach Möglichkeit, teilweise unter Einschränkung der Arbeitszeit, aufrecht erhalten haben. Erfreulicherweise haben auch viele Arbeitgeber, wie ebenfalls Zeitungsnachrichten zu entnehmen ist, bekanntgegeben, daß sie ihren zum Kriege eingezogenen Arbeitnehmern den Lohn bzw. das Gehalt während der Dauer des Krieges ganz

Digitized by Google

oder teilweise weiterzahlen. Ebenso wie die privaten Arbeitgeber zahlen Reich, Bundesstaaten und kommunale Körperschaften ihren eingezogenen Arbeitern die Bezüge während des Krieges zum Teil weiter. Die Zeitungsnachrichten über diese Lohnfortzahlungen geben kein vollständiges Bild, doch sei im folgenden versucht, einen kurzen Ueberblick zu geben.

Die Betriebe des Deutschen Reichs und des preußischen Staates zahlen den zurückgebliebenen Familien der zum Heeresdienst einberufenen ständig beschäftigten Arbeiter

1. der Ehefrau je nach Bedarf bis zu 25 % des Lohnes,
2. jedem Kinde unter 15 Jahren je nach Bedarf bis zu 6 % des Lohnes; im ganzen für alle höchstens die Hälfte des Lohnes.

In ähnlicher Weise zahlen die übrigen Bundesstaaten den Angehörigen der in ihrem Betriebe beschäftigten Arbeiter einen Teil des Lohnes weiter. So gewährt Württemberg den Frauen und Kindern der Arbeiter der Verkehrsanstalten, einschließlich der nicht ständigen Hilfsunterbeamten, Lohnfortzahlungen, und zwar für die Ehefrau 25 %, für jedes Kind eines verheirateten Arbeiters 5 %, für jedes Kind eines verwitweten oder geschiedenen Arbeiters 7½ %, zusammen höchstens bis 50 % des zuletzt bezogenen Lohnes ohne Prüfung der Bedürfnisfrage. In Bremen erhalten die im Monatsgehalt stehenden Angestellten für einen Monat das volle Gehalt, die in Lohn stehenden Arbeiter für vier Wochen den Betrag des ordentlichen wöchentlichen Lohnes, dann die Ehefrauen bis zu 30 %, jedes Kind unter 16 Jahren bis zu 10 % des zuletzt verdienten Gehalts. In Lübeck erhalten die staatlichen Angestellten und Arbeiter während der Dauer des Feldzugs ihren Lohn fortgezahlt.

Die Städte zahlen ihren Angestellten und Arbeitern den Lohn entweder voll oder zur Hälfte für die Dauer des Krieges oder für eine gewisse Zeiter weiter, oder sie zahlen den Lohn für eine bestimmte Zeit und dann an die Frauen und Kinder einen Teil des Lohnes. Einige Städte gewähren den Angehörigen ihrer eingezogenen Arbeiter einen bestimmten Betrag als Unterstützung. Wieder andere bemessen die Höhe der Fortzahlung bzw. der Unterstützung danach, ob die Arbeiter als ständige oder Stadtarbeiter angestellt waren oder nur vorübergehend beschäftigt wurden. . . .

Private Arbeitgeber haben ebenfalls in vielen Fällen, wie erwähnt, Gehalt- und Lohnfortzahlungen an die Beamten und Arbeiter ihrer Betriebe beschlossen. Die Aeltesten der Kaufmannschaft von Berlin haben die Ergebnisse einer Umfrage, in welcher Weise und in welcher Höhe die einzelnen Betriebe die Lohnfortzahlungen durchführen, zusammengestellt. In der letzten Liste sind 47 Betriebe aufgeführt, die den Angehörigen der einberufenen Arbeiter Unterstützung gewähren. Auch aus dem übrigen Reiche liegen zahlreiche Mitteilungen vor, nach denen die Betriebe Lohnfortzahlungen oder Unterstützungen der Angehörigen ihrer eingezogenen Beamten und Arbeiter vornehmen. . . .

Eine sehr bemerkenswerte Unterstützung bedeutet auch die freiwillige Weiterversicherung der Kriegsteilnehmer und der durch den Krieg arbeitslos gewordenen Arbeiter bei den Krankenkassen. Die Kassen werden dadurch auch leistungsfähiger erhalten. So haben die Arbeitgeber der bei der Textilkrankenkasse in Gera versicherten Betriebe, damit den Familien der einberufenen Versicherten die Anwartschaft auf die Familienunterstützung erhalten bleibt, die Weiterversicherung in der Lohnstufe beschlossen, der die Versicherten beim Austritt aus der Beschäftigung angehört haben. Die gesamten Kosten tragen die Arbeitgeber. Auch die Industriellen Frankfurts und Umgebung beschlossen, die einberufenen verheirateten Arbeiter durch freiwillige Uebernahme der Beitragsleistung bei der allgemeinen Ortskrankenkasse weiter zu versichern. Die Stadt Liegnitz zahlt die Krankenkassenbeiträge für die Kriegsteilnehmer der Stadt weiter.

Bestrebungen, die hausgewerbliche Krankenversicherung wiedereinzuführen,

will die folgende Eingabe der „Auskunftstelle für Heimarbeitreform" (Berlin W. 30, Nollendorfstraße 29/30) an die Magistrate der Städte mit starker Heimarbeit fördern:

„Durch das Notgesetz vom 4. August 1914 ist für die Dauer des Krieges die Krankenversicherung der Hausgewerbtreibenden aufgehoben, zugleich aber die Möglichkeit gegeben, sie durch übereinstimmenden Antrag der Gemeinde und Ortskrankenkasse ortsstatutarisch wieder einzuführen. Die ergebenst unterzeichnete Auskunftstelle für Heimarbeitreform erlaubt sich auf diese Möglichkeit hinzuweisen mit der Bitte, von seiten der Gemeinde die Wiedereinführung der Krankenversicherung der Hausgewerbtreibenden, soweit die finanzielle Lage der Krankenkasse es erlaubt, betreiben zu wollen.

Für die Gemeinden ist davon eine unter Umständen erhebliche finanzielle Entlastung zu erwarten, da vielfach an Stelle von Armenunterstützung die Leistungen der Kasse treten würden, was auch einen moralischen Vorzug bedeuten würde: erworbenes Recht an Stelle von Almosen. Wenn man bei der Wiedereinführung der Krankenversicherung von der Befugnis Gebrauch macht, an Stelle der unpraktischen und einen umständlichen und kostspieligen Verwaltungsapparat erfordernden Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung eine einfachere Regelung vorzusehen, so würden sich die Kosten der Versicherung wesentlich herabsetzen. Die Zahl der versicherungspflichtigen Hausgewerbtreibenden wird voraussichtlich während des Krieges nicht sehr groß sein, da die Hausgewerbe größtenteils auf die Ausfuhr angewiesen sind oder Luxusartikel herstellen und deshalb mehr oder weniger vollständig brach liegen. In Betracht kommen gegenwärtig vor allem die Heereslieferungen und einige für den Inlandsmarkt arbeitende Gewerbe. Bei den ersteren wird man aber bei den von der Heeresleitung gezahlten Preisen nicht von Notlage und demzufolge von der Unmöglichkeit sprechen können, die sozialen Lasten zu tragen: es scheint vielmehr geboten, gerade diese Gewerbe heranzuziehen. Auch die in Frage kommenden Inlandsindustrien sind jetzt von jeglicher Rücksicht auf die Weltmarktspreise befreit und daher in der Lage, die kleine Last zu tragen resp. abzuwälzen.

Am zweckmäßigsten würde sich eine Neuregelung nach Ansicht hervorragender Kassenpraktiker an die Form der Versicherung anlehnen, die für die andern gewerblichen Arbeiter gilt und die sich in jahrelanger Praxis großer Kassen — es sei hier

Digitized by Google

erinnert an Berlin und Leipzig — bewährt hat. Ein dauernder Vorteil für Kassen, Versicherte und Arbeitgeber liegt darin, daß die Möglichkeit besteht, das Ortsstatut auch nach beendetem Kriege aufrechtzuerhalten. Bei dem starken und berechtigten Widerstand, der sich gegen die in der Reichsversicherungsordnung festgelegte Form der Versicherung aus allen Kreisen der Beteiligten erhoben hat, dürfte diese Aussicht stark ins Gewicht fallen.

Wir bitten daher ergebenst, die Frage, die für eine ohnehin durch den Krieg hart bedrängte Arbeiterschicht von größter Bedeutung ist, einer wohlwollenden Erwägung zu unterziehen."

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und recht deutlich zu schreiben.

a) Sterbegeld für Kriegsteilnehmer. b) Ersatzanspruch der Berufsgenossenschaft gegen die Krankenkasse wegen medikomechanischer Nachbehandlung. c) Ersatzanspruch des Armenverbandes für Unterstützung eines vor dem 1. Januar 1914 erkrankten Dienstboten.

1. Nach Bromberg. Fragen: a) Ist für ein Kassenmitglied, welches infolge Einstellung zum Heere entlassen und abgemeldet ist, die Fortsetzung der Mitgliedschaft aber nicht beantragt hat, das Sterbegeld zu zahlen, wenn es erst nach Ablauf der 3. Woche (§ 214 RVO.) im Felde gefallen ist?

b) Ist der Berufsgenossenschaft für ein unfallverletztes Kassenmitglied gemäß § 1513 RVO. Ersatz zu leisten, wenn der Verletzte vor Ablauf der 13. Woche vom Kassenarzt gesund und arbeitsfähig geschrieben ist, die Arbeit auch wieder aufgenommen hat, aber auf Empfehlung des Kassenarztes von der Berufsgenossenschaft für einige Zeit (abends) dem Zanderinstitut überwiesen ist, nur um eine bessere Gelenkigkeit des verletzten Gliedes zu erlangen?

c) Ein Dienstmädchen erkrankte am 24. Dezember 1913 und wurde auf Kosten des hiesigen Dienstbotenabonnements ins Krankenhaus aufgenommen und bis März 1914 verpflegt. Der Magistrat (Armenverband) fordert vom 1. Januar 1914 ab die Kurkosten von uns ein. Haben wir die Kosten zu erstatten, obwohl das Dienstmädchen in diesem Jahre gar nicht gearbeitet hat und infolgedessen auch gar nicht Mitglied unserer Kasse geworden ist? Die Dienstherrschaft wußte am 1. Januar 1914 noch nicht, ob das Dienstmädchen wieder in den Dienst zurückkehren wird, da dies von der Dauer der Krankheit abhängig war. Ist der Anspruch des Armenverbandes begründet?

Antwort: a) Sterbegeld für den erwerbslos ausgeschiedenen Kriegsteilnehmer kann nicht gefordert werden, wenn Verwundung und Tod erst nach Ablauf der drei Wochen eingetreten sind. Ist aber die Verwundung vorher erfolgt, so ist der Anspruch begründet, auch wenn der Tod erst nach den drei Wochen eintrat (§ 214 Abs. 2 RVO.; dazu Hahn, Anm. 8 S. 294). Der Anspruch fällt aber weg, wenn der Erwerbslose sich bei Eintritt des Versicherungsfalls im Ausland befand (§ 214 Abs. 3; ArbVers. 1914, Heft 29 S. 702 Ziff. 5).

b) Die Krankenkasse würde der Berufsgenossenschaft nach § 1513 RVO. Ersatz zu leisten haben, wenn der Versicherte der medikomechanischen Nachbehandlung bedurfte, um ohne Gefahr der Verschlimmerung seines Zustandes wieder seiner Berufstätigkeit nachgehen zu können (vgl. Entsch. des preuß. OVG. vom 9. Mai 1900 bei Reger, Erg.Bd. 2 S. 46, betr. § 76c KVG.). So liegt die Sache ersichtlich nicht. Der Anspruch der Genossenschaft wird abzulehnen sein.

c) Das Beschäftigungsverhältnis des Dienstmädchens war am 1. Januar 1914 noch nicht gelöst. Deshalb wurde das Mädchen mit dem Inkrafttreten des neuen Rechts versicherungspflichtig und erlangte sofort Anspruch auf die Leistungen der zuständigen Kasse (Hahn in Arb.-Vers. 1913 S. 841 ff., 847). Daher muß die Kasse auch dem Armenverbande für seine Aufwendungen Ersatz leisten, falls die Voraussetzung der Armenpflegepflicht, nämlich Hilfsbedürftigkeit der Versicherten, vorlag (§§ 1527, 1531 RVO.). An dieser Voraussetzung fehlt es aber jedenfalls insoweit, als die Versicherte die erforderliche Krankenhilfe auf Grund der privaten Dienstbotenversicherung erhielt.

Ansprüche zur Fahne einberufener Kassenangestellter; Ersatz für einberufene Vorstandsmitglieder.

2. Nach Hochemmerich. Fragen: a) Gilt der noch ohne Vertrag arbeitende Kassenbeamte, der zum Krieg einberufen ist, ohne weiteres für entlassen? Ist das Verhältnis mit der Kasse durch die Einberufung gelöst, oder bedarf es einer Kündigung?

b) Wir haben dem das Amt im Nebenamt verwaltenden Kassenführer, welcher im Feld steht, den ersten Monat voll gezahlt und für September und Oktober die Hälfte bewilligt. Der Beamte hat noch keinen Vertrag. Hat derselbe an die Kasse weitere Ansprüche.

c) Mit der Stellvertretung des Kassenführers haben wir ein Vorstandsmitglied betraut, muß derselbe aus dem Vorstand ausscheiden, oder genügt die Erklärung, daß für die Zeit des Krieges sein Amt ruht.

d) Der erste und zweite Vorsitzende stehen im Felde, müssen für dieselben und für das Vorstandsmitglied, welches die Kassenführung über-

Digitized by Google

nommen hat, Ersatz-Vorstandsmitglieder bestimmt werden? Oder bleibt der Vorstand in seiner jetzigen Zusammensetzung beschlußfähig.

Antwort: Zu a) und b) ist vermutlich gemeint, daß die in Frage stehenden Beamten noch keinen schriftlichen Vertrag haben. Dann ist im Hinblick auf die zwingende Vorschrift in § 354 Abs. 1 RVO. die Anstellung überhaupt nur gültig, wenn es sich um Angestellte handelt, für die nach § 351 die Dienstordnung nicht gilt. In diesem Falle sind die mündlichen Abmachungen und hinsichtlich der hier gestellten Fragen die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs (§§ 616, 626 BGB.) maßgebend. Wir verweisen im übrigen auf Heft 24 S. 565.

c) Falls das Vorstandsmitglied für die Vertretung des Kassenführers Entgelt erhält, würde es durch Annahme dieser Anstellung die Wählbarkeit gemäß § 21 Abs. 4 RVO. verlieren und nach § 24 seines Vorstandsamtes zu entheben sein.

d) Es muß für Ersatz gesorgt werden, und zwar möglichst bald, da die Kasse doch nicht ohne Vorsitzenden sein darf. Wegen des Näheren verweisen wir wiederum auf Heft 24 S. 565. Ob der Vorstand bis zu seiner Ergänzung beschlußfähig ist, ist nach der Satzung zu bestimmen (vgl. § 69 der Musterf. f. OKK.).

Zeitlicher Umfang der Geldleistung für Krankenpflege nach § 193 Abs. 3 RVO.

3. Nach Saalfeld. Frage: Eine Ortskrankenkasse hat in ihrer Satzung die Bestimmung aufgenommen, daß freiwillig Weiterversicherten, die außerhalb des Kassenbezirks wohnen, anstatt Krankenpflege das halbe Krankengeld gewährt wird. Ein solches Mitglied mußte sich in zahnärztliche Behandlung begeben. Hierdurch sind 22 M. Kosten entstanden. Die Notwendigkeit der Behandlung ist zahnärztlich bescheinigt. Behandlung fand statt vom 8. Mai bis 14. Mai d. J. Grundlohn für das Mitglied 4 M. Muß die Krankenkasse die vollen Kosten in diesem Falle bezahlen oder hat sie nur für 7 Tage das halbe Krankengeld zu überweisen? Letzteres kann doch nicht gut angenommen werden, da es sonst im Ermessen des Mitgliedes läge, recht viel von der Krankenkasse zu fordern. Es brauchte nur darauf hinzuwirken, daß die einzelnen Sitzungstage beim Zahnarzt recht weit hinausgeschoben würden. Die Kasse will übrigens nach einem früheren Vorstandsbeschluß für Zahnbehandlung höchstens 8 M. in einem Falle gewähren.

Antwort: Vorweg sei bemerkt, daß der zuletzt erwähnte Vorstandsbeschluß jeder gesetzlichen Grundlage entbehrt. Die Kasse ist bei zahnärztlicher wie bei anderer ärztlicher Behandlung nicht befugt, ihre Leistung in willkürlicher Weise auf einen Höchstkostenbetrag zu beschränken. Im Falle des § 193 Abs. 3 RVO. aber hat sie statt der Krankenpflege das halbe Krankengeld zu zahlen, und zwar für die ganze Zeit, in der der Erkrankte unter ärztlicher (oder zahnärztlicher) Behandlung gestanden hat, gleichviel ob der Arzt sich an jedem einzelnen Tage mit der Heilbehandlung befaßt hat oder nicht (vgl. Entsch. des preuß. OVG. in ArbVers. 1902 S. 641). Ob sich annehmen läßt, daß die einzelnen Maßnahmen des Arztes so zusammenhingen, daß der Kranke auch in der Zwischenzeit unter ärztlicher Behandlung stand, hängt von den Umständen des Falles ab (Entsch. des preuß. OVG. in ArbVers. 1904 S. 131). Dem Mitgliede steht es selbstverständlich nicht zu, die Behandlung willkürlich, durch Einfügung unnötiger Pausen, zu verschleppen, um die Dauer des Bezugs des halben Krankengeldes zu verlängern. Hierüber wird nötigenfalls der Zahnarzt um eine Aeußerung zu ersuchen sein.

Versicherungspflicht und Versicherungsfreiheit der Kreiskommunalbeamten (§§ 165, 169 RVO.).

4. Nach Jülich. Antwort: Kreiskommunalbeamte mit Bezügen von nicht über 2500 M. sind nach § 165 RVO. grundsätzlich krankenversicherungspflichtig. Die Versicherungsfreiheit nach § 169 ist eine Ausnahme, die nur gilt, wenn die dort bezeichneten Voraussetzungen nachgewiesen werden. Dieser Nachweis erübrigt sich keineswegs schon dadurch, daß (wie es in dem Schreiben des Vorsitzenden des Kreisausschusses Schl. heißt) „der Beamte auch dann Anspruch auf sein Gehalt hat, wenn er durch Krankheit in der Erfüllung seiner amtlichen Pflichten behindert ist.“ Es ist schon wiederholt darauf hingewiesen worden, daß dann immer noch Fälle möglich sind, in denen die ihm zugesicherten Bezüge wegfallen oder den Betrag des anderthalbfachen Krankengeldes nicht erreichen, so z. B. bei Pensionierung, Suspension, Kündigung usw (vgl. Posse in ArbVers. 1914 S. 276). Deshalb ist eine besondere Entschließung des Kreisausschusses erforderlich, wodurch den Beamten für den Krankheitsfall Leistungen, wie sie § 169 fordert, zugesichert werden. So wird die Sache ja auch hinsichtlich der preußischen Staatsbeamten gehandhabt, wie sich aus dem Beschlusse des Staatsministeriums vom 16. Dezember 1913 und dem Erl. des Handelsmin. vom 27. Dezember 1913 (ArbVers. 1914 S. 87) ergibt. Solange ein Beschluß des Kreisausschusses, der zweckmäßig diesen Erlassen nachzubilden ist, nicht vorliegt, muß die Kasse jene Beamten als Mitglieder in Anspruch nehmen.

Beitrittsrecht der Apotheker zu Vereinbarungen mit einer Krankenkasse (§ 375 Abs. 1 Satz 2 RVO.).

5. Nach Breslau. Frage: Eine Krankenkasse hat vor dem 1. Januar 1914 einen Vertrag mit einer Apotheke über ausschließlichen Bezug der Arzneimittel aus dieser geschlossen. Sind nach dem 1. Januar 1914 andere Apotheken auf Grund des § 375 RVO. (dessen Voraussetzungen ich im übrigen als vorliegend zu unterstellen bitte) berechtigt, diesem Vertrage beizutreten? Ich würde die Frage bejahen, da eine rückwirkende Kraft in einer solchen Anwendung des § 375 RVO. nicht zu erblicken ist, vielmehr der § 375 vom 1. Januar 1914 ab einen Kontrahierungszwang schafft, der eben von da ab ausgeübt werden kann, auch wenn er auf ältere Verträge eines andern einen Einfluß ausübt. Läge übrigens darin insoweit selbst eine rückwirkende Kraft, so würde ich diese bejahen, weil das öffentliche Interesse und die sonst mögliche Umgehung der Zwecke des Gesetzes diese Rückwirkung erfordert.

Antwort: Wir sind anderer Meinung. Durch § 375 Abs. 1 Satz 2 und 3 RVO. ist den Kassen die Möglichkeit, einzelnen Apothekern das

Digitized by Google

Recht ausschließlicher Arzneilieferung für die Kasse einzuräumen, beschränkt. Vor der Reichsversicherungsordnung bestand diese Möglichkeit, vorbehaltlich des § 56a KVG., unbeschränkt. War davon Gebrauch gemacht, so hatte der Apotheker durch den Vertrag ein wohlerworbenes Recht auf ausschließliche Lieferung zu den vereinbarten Bedingungen erlangt, und es läßt sich nicht bestreiten, daß in dieses Recht eingegriffen würde, wenn man den § 375 Abs. 1 Satz 2 RVO. auch gegenüber einem vor Inkrafttreten dieser neuen Vorschrift geschlossenen Vertrage zur Geltung bringen wollte. Die Reichsversicherungsordnung und das Einführungsgesetz enthalten aber nichts, was einen solchen Eingriff rechtfertigen könnte. Im Gegenteil! Der Entwurf des Einführungsgesetzes enthielt eine Vorschrift über vorzeitige Beendigung der beim Inkrafttreten der RVO. bereits bestehenden Verträge zwischen Kassen und Aerzten (Art. 33 des Entw.). Sie wurde abgelehnt, obwohl darauf hingewiesen worden war, daß alsdann in der Uebergangszeit langfristige, mit den Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung nicht vereinbare Verträge geschlossen werden könnten. Ein Regierungsvertreter erklärte hierauf, daß diese Möglichkeit allerdings bestehe und vom Gesetzgeber nicht verhindert werden könne, daß aber die Kasse ohne Rücksicht auf solche Verträge ausreichende ärztliche Versorgung gewähren müsse und daß, wenn sie dieser Pflicht nicht genüge, die Aufsichtsbehörde eingreifen könne (Kom.Ber. zum Einf.Ges. S. 34). Eine einschränkende Vorschrift wurde schließlich nur hinsichtlich der Verträge mit Krankenhäusern aufgenommen (Art. 41 Einf.Ges.). Die Apotheker wurden weder im Entwurf noch im Gesetz noch in der Erörterung erwähnt, soweit es sich um die fortdauernde Gültigkeit bestehender Verträge handelt. Hinsichtlich ihrer liegt also die Sache genau so wie hinsichtlich der Verträge mit Aerzten. Sie werden durch die neuen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung nicht berührt. Dem öffentlichen Interesse daran, daß dies nicht zu einer ungenügenden Arzneiversorgung der Versicherten führe, trägt § 375 Abs. 2 RVO. Rechnung.

Ein unständig Beschäftigter kann seine bisherige freiwillige Kassenmitgliedschaft aufrecht erhalten.

6. Nach Rheinbach. Antwort: Die Vorentscheidung ist nach dem uns unterbreiteten Sachverhalt unrichtig. Frau G. war freiwilliges Mitglied der mit dem 31. Dezember 1913 geschlossenen Ortskrankenkasse und setzte, nach deren Schließung, das bisherige Versicherungsverhältnis gemäß § 300 RVO. unmittelbar bei der Landkrankenkasse fort. Diese freiwillige Mitgliedschaft erlosch nach § 312 erst dadurch, daß Frau G. Mitglied einer anderen Krankenkasse und selbstverständlich auch dadurch, daß sie Pflichtmitglied derselben Krankenkasse, der sie bisher freiwillig angehörte, wurde. Als unständige Arbeiterin wurde sie nun freilich vom 1. Januar 1914 ab versicherungspflichtig, aber Mitglied der Landkrankenkasse ihres Wohnortes konnte sie auf Grund der unständigen Beschäftigung nur durch Eintragung werden (§ 442 Abs. 1 und 3). Da diese nicht erfolgt ist, blieb sie freiwilliges Mitglied. Das Gegenteil kann nicht aus der vermeintlichen Amtspflicht der Kasse zur Eintragung hergeleitet werden. Eine solche Pflicht hat die Kasse nach § 443, wenn sie Kenntnis erhält, daß ein unständig Beschäftigter ihres Bezirks keiner Krankenkasse angehört, und auch die Anzeigepflicht anderer Behörden nach § 444 Abs. 2 bezieht sich ausdrücklich nur auf unständig Beschäftigte, die nicht schon Mitglied einer Krankenkasse sind. Daraus erhellt klar, daß Frau G. freiwilliges Mitglied der Landkrankenkasse bleiben durfte und geblieben ist. Dann aber hat sie in einem anderen Bezirk versicherungspflichtige Beschäftigung übernommen und dieses Beschäftigungsverhältnis hat vom 21. April bis zum 12. Mai gedauert; am 12. Mai ist sie erkrankt. Durch dieses Beschäftigungsverhältnis war sie — nicht als unständige Arbeiterin im Sinne des § 441, sondern auf Grund des § 165 — vollberechtigtes Pflichtmitglied der Krankenkasse in E. geworden, gleichviel ob der Arbeitgeber sie angemeldet hatte oder nicht (§§ 234, 306); und ebendadurch war nach § 312 ihre Mitgliedschaft bei der bisherigen Kasse erloschen. Diese Kasse hat also für den am 12. Mai eingetretenen Versicherungsfall nicht aufzukommen. Die Berufung auf § 315 trifft nicht zu. Denn die Kasse hatte die Beiträge nicht „für einen Versicherungspflichtigen nach vorschriftsmäßiger Anmeldung", sondern für eine Versicherungsberechtigte angenommen, was Frau G. bis zum 20. April ja auch wirklich war.

Ersatzanspruch eines Armenverbandes für spezialärztliche Behandlung eines Familienmitgliedes eines Versicherten im Krankenhaus.

7. Nach H.-S. Antwort: Auch wenn nach der Satzung der Ehefrau des Versicherten nur ärztliche Behandlung, also nicht Krankenhauspflege zu gewähren ist, so kann der Armenverband, der die letztere gewährt hat, Ersatz verlangen, jedoch nur für die ärztliche Behandlung, nicht auch für den Unterhalt im Krankenhaus. (Vgl. ArbVers. 1914 S. 631 Ziff. 8.) Eine andere Frage ist aber, ob die Kasse die Bezahlung deswegen ablehnen kann, weil die Satzung die spezialärztliche Behandlung für Familienmitglieder des Versicherten ausschließt. Die Behandlung wegen eines Frauenleidens braucht durchaus nicht immer eine spezialärztliche zu sein. Sie ist es nur dann, wenn sie besondere Fachkenntnisse und Hilfsmittel verlangt, wie sie den Aerzten, die sich nicht hauptsächlich oder ausschließlich mit diesem Fach der Heilkunde befassen, im allgemeinen nicht zustehen. (Vgl. ArbVers. 1911 S. 190 Ziff. 4.) Handelt es sich um einen leichteren Fall eines Frauenleidens, den jeder praktische Arzt behandeln kann, so müßte also die Kasse dem Armenverband die Kosten erstatten.

a) Kein Ersatzanspruch gegen die Krankenkassen bei rein polizeilicher Krankenhausverwahrung von Kassenmitgliedern. b) Krankengeld für verwundete Kriegsteilnehmer.

8. Nach Bremerhaven. Antwort: a) Die Polizeiverwaltung, welche die geschlechtskranken Kellnerinnen dem Krankenhause zugeführt hat, erklärt selbst, daß es sich nicht um hilfsbedürftige Personen handle. Danach liegt also nur ein polizeiliches Einschreiten, nicht ein Akt armenrechtlicher

Digitized by Google

Fürsorge vor, und es ist daher ein Ersatzanspruch gegen die Krankenkasse überhaupt nicht zu begründen, nach der RVO. (§§ 1527 ff.) ebenso wenig wie früher nach dem KVG. (§ 57; zu vgl. z. B. Entsch. des preuß. OVG. in ArbVers. 1914 S. 425). Würde es sich um Armenpflege handeln, so würde sich der Ersatzanspruch des Armenverbandes gegen die Kasse wegen der Krankenpflege auf $^3/_8$, wegen des Unterhalts im Krankenhause auf $^1/_2$ des Grundlohns bemessen. Jene $^3/_8$ wären voll zu ersetzen; wegen des halben Grundlohns für den Unterhalt könnte nur das Krankengeld in Anspruch genommen werden, und zwar das rückständige bis zum vollen Betrage, das laufende Krankengeld aber nur bis zu seinem halben Betrage (vgl. § 1533 mit §§ 1503, 1506, 1507).

b) Den im Kriege verwundeten und noch arbeitsunfähigen Kassenmitgliedern gebührt das volle Krankengeld, gleichviel ob sie von der Militärverwaltung in einem Lazarett verpflegt werden oder sich in der Pflege ihrer Familie befinden und dafür ein „Kostgeld" beziehen. Hausgeld kommt nach §§ 184, 186 RVO. nur in Frage, wenn die Krankenkasse Krankenhauspflege gewährt.

Kosten der selbstbeschafften Kur in einem Badeort.

9. Nach Perleberg. Antwort: Der Versicherte durfte, auch wenn der Kassenarzt bescheinigt hatte, daß zur gründlichen Heilung seines chronischen Gelenkrheumatismus es einer Kur in Teplitz bedürfe, sich nicht eigenmächtig dorthin begeben. Die Reichsversicherungsordnung spricht von einer derartigen Kur überhaupt nicht; unter Umständen kann man annehmen, daß die Kasse auf Grund des von der Krankenhauspflege handelnden § 184 RVO. eine solche Kur gewähren kann. (Hahn, Handb. S. 231 Anm. 2c zu § 184). Hat der Versicherte sich aber ohne Anweisung der Kasse nach dem Badeort begeben, so hat sie dem Arbeitsunfähigen zwar das Krankengeld zu zahlen, kann aber die Bezahlung der ärztlichen Behandlung und der Heilmittel ablehnen, nicht nur auf Grund des § 368 RVO., sondern vor allem schon deshalb, weil sie diese Leistungen außerhalb des Kassenbezirks und außerhalb des Beschäftigungs- oder Wohnortes des Versicherten überhaupt nicht zu gewähren verpflichtet ist (zu vgl. Hahn, S. 224 Anm. 10a zu § 182 RVO.).

Anrechnung der Zeit ohne Krankengeld.

10. Nach Schönebeck. Antwort: Ihre Berechnung ist nicht richtig. Der Versicherte hat an sich den Anspruch auf Krankengeld für die Dauer von 26 Wochen. Darauf sind zunächst die 5 Tage anzurechnen, während deren er im Beginn der Krankheit volle Krankenhilfe, also auch Krankengeld, erhalten hat. Es sind weiter darauf gemäß § 183 RVO. von den 14½ Wochen, die er demnächst kein Krankengeld erhalten hat, 1 Woche und 3 Tage anzurechnen, um welche die 13 Wochen überschritten sind, welche auf die Dauer des Krankengeldbezugs nach § 183 nicht anzurechnen sind, und es sind schließlich auch anzurechnen die 11 Wochen, während deren er Krankenhauspflege erhalten hat, da durch diese nicht nur die Krankenpflege, sondern auch das Krankengeld voll entgolten wird. Im ganzen sind hiernach 13 Wochen und 1 Tag bis zur Entlassung aus dem Krankenhause auf die 26 Wochen des Krankengeldbezuges anzurechnen, und es besteht von da ab für den Versicherten der Anspruch auf Krankengeld noch für 12 Wochen und 6 Tage. Mit dem hieraus sich ergebenden Ende des Krankengeldbezuges endet dann der Anspruch auf Krankenpflege überhaupt.

Aufnahme des Einspruchs (§ 1591 RVO.) durch das Versicherungsamt.

11. Nach Lüneburg. Frage: § 1591 RVO. besagt, daß Einspruch gegen den Bescheid bei dem Versicherungsträger zu erheben ist. Ist das Versicherungsamt verpflichtet, von dem Berechtigten den Einspruch zu Protokoll zu nehmen und worauf stützt sich diese Verpflichtung? Das Oberversicherungsamt hält im Gegensatz zum Versicherungsamt letzteres hierzu verpflichtet.

Antwort: Eine Verpflichtung, zu deren Erfüllung das Versicherungsamt angehalten werden könnte, läßt sich aus dem Gesetze nicht begründen. Aber wir meinen, daß die Versicherungsämter ihre Aufgabe, zwischen den Versicherten und den Versicherungsträgern in gewissen Grenzen zu vermitteln, und den Beteiligten hilfreich zur Seite zu stehen (zu vgl. besonders § 37 RVO.), nicht zu engherzig auffassen und sich daher auch der Aufnahme der Einspruchserklärung nicht entziehen sollen, wenn sie darum angegangen werden.

Armenpflege oder Polizeimaßnahme (§§ 1527, 1532 ff. RVO.)?

12. Nach Rosenberg, O.-Schl. Antwort: Zunächst besteht ein Anspruch des Versicherten an die Krankenkasse nur, wenn die Erkrankung erweislich schon zur Zeit der Mitgliedschaft eingetreten war oder wenn die Voraussetzungen des § 214 RVO. vorliegen. Ein Ersatzanspruch der Polizeiverwaltung gegen die Kasse aber läßt sich auch in diesem Falle nicht begründen, sofern die Polizeiverwaltung in R. und dann die in S. die Unterbringung des Typhuskranken in den Krankenhäusern nur wegen der Ansteckungsgefahr veranlaßt hat; denn die §§ 1527, 1532 ff. RVO. setzen voraus, daß die Gemeinde in Erfüllung ihrer Armenpflegepflicht zugunsten des Versicherten eingetreten ist, und sie versagen, wo es sich um eine reine Polizeimaßnahme im öffentlichen Interesse handelt (zu vgl. Entsch. des preuß. OVG. in ArbVers. 1914 S. 425). Wenn es sich aber um einen Hilfsbedürftigen handelt, so wird durch den Umstand, daß eine polizeiliche Rücksicht den nächsten Anlaß zum Einschreiten gegeben hat, die Annahme noch nicht ausgeschlossen, daß die weitere Fürsorge in Ausübung der Armenpflege stattgefunden hat (vgl. z. B. Entsch. des preuß. OVG. in ArbVers. 1907 S. 220). Man wird dann annehmen müssen, daß die Polizeiverwaltung insoweit in Vertretung der Gemeinde oder des Armenverbandes gehandelt hat (preuß. OVG. in ArbVers. 1899 S. 382). Sind diese Voraussetzungen nach den Umständen des Falles für gegeben zu erachten, so halten wir einen Ersatzanspruch aus §§ 1532 ff. für begründet.

Für die Redaktion verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 64.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel
Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Dippe; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe; Geh. Regierungsrat Professor Dr. Laß, Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Rat Dr. Olshausen; Geheimrat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1082 der ganzen Folge

31. Jahrgang | **11. November 1914** | **Heft 32**

Sind die Krankenaufseher bei Betriebskrankenkassen vom Arbeitgeber zu besolden?

Vom Geheimen Justizrat **Hahn** in **Zehlendorf** (Berlin).

Nach § 362 Abs. 1 RVO. bestellt bei den Betriebskrankenkassen der Arbeitgeber „auf seine Kosten und Verantwortung die für die Geschäfte erforderlichen Personen". Ob dazu auch die Krankenaufseher gehören, ist streitig. In eingehender Ausführung wird die Frage verneint in der „Betriebskrankenkasse" 1914 Nr. 19 S. 193. Die Gründe sind im wesentlichen folgende:

1. Aus der Begründung zum Entwurf der RVO. ergebe sich, daß — abgesehen davon, daß die Kostenpflicht des Arbeitgebers sich jetzt nur auf die persönlichen Ausgaben beschränke — eine Rechtsänderung gegenüber dem § 64 Ziffer 3 KVG. nicht beabsichtigt sei, daß also das Wort „Geschäfte" in § 362 RVO. nichts anderes bedeute als „Rechnungs- und Kassenführung" in § 64 KVG. Die Krankenüberwachung aber gehöre nicht zu dem engeren Bereiche dieser Kassengeschäfte.
2. Die Krankenüberwachung sei nach § 347 Abs. 1 RVO. vom Ausschuß der Kasse zu regeln, der hiernach auch das Maß der Ueberwachung bestimme. Auf die Entschließung des Ausschusses könne der Arbeitgeber nur mit seinem Stimmrecht als Vorsitzender einwirken. Ihm würde eine unerträgliche Verantwortung aufgebürdet, wenn er, ohne bestimmenden Einfluß hierauf, gleichwohl die Kosten und die Verantwortung tragen müßte.
3. Die Tätigkeit der Krankenbesucher gehe weit über reine Verwaltung hinaus und stelle in gewissem Sinne eine Ergänzung der ärztlichen Tätigkeit dar. Mit demselben Recht, mit dem die Besoldung der Krankenbesucher durch den Betriebsunternehmer verlangt werde, könnte schließlich auch die Bezahlung der für die Kasse tätigen Aerzte, Heildiener, Zahntechniker usw. von ihm gefordert werden. —

Alle drei Gründe sind nicht überzeugend. Folgendes ist gegen sie geltend zu machen:

Zu 1. Die Begründung zu § 362 RVO. (§ 371 des Entw.) erwähnt, daß die im § 42 KVG. ausgesprochene Haftung der Rechnungs- und Kassenführer und ebenso die Vorschrift im § 24 RVO. auch für die Angestellten der Betriebskrankenkasse gelten müsse. Dann heißt es: „Im übrigen bewendet es für diese letzteren (d. i. für die Angestellten) bei den Bestimmungen, die jetzt § 64 Nr. 3 KVG. vorsieht." Diese Bemerkung ist unvereinbar mit der Fassung des § 362 RVO. verglichen mit § 64 Nr. 3 KVG. Nach der älteren Vorschrift war die „Rechnungs- und Kassenführung" unter Verantwortlichkeit und auf Kosten des Unternehmers durch einen von ihm zu bestellenden „Rechnungs- und Kassenführer" wahrzunehmen. Danach hatte der Unternehmer nur die Kosten der Rechnungs- und Kassenführung, nicht der gesamten Geschäftsführung, innerhalb dieser engeren Grenze aber alle persönlichen und sächlichen Kosten zu tragen. Nach der neuen Vorschrift aber

Digitized by Google

sind ihm ausdrücklich nur persönliche Kosten, also die Dienstbezüge der Angestellten auferlegt, diese jedoch in weiterem Umfang als früher, nämlich hinsichtlich aller „für die Geschäfte erforderlichen Personen". Das bedeutet ersichtlich mehr als bloß „Kassen- und Rechnungsführung"; es bezieht sich auf den ganzen Geschäftsbetrieb der Kasse. In diesem umfassenden Sinne gebraucht doch das Gesetz auch sonst den Ausdruck. Nach § 327 besorgen Vorstand und Ausschuß „die Geschäfte" der Kasse. Es ist klar, daß damit alles gemeint ist, was der Kasse kraft ihres öffentlich-rechtlichen Berufs zu besorgen obliegt; denn für alle ihre Obliegenheiten, nicht bloß zur Rechnungs- und Kassenführung, bedarf sie jener Organe, des Vorstandes oder des Ausschusses.

Gegenüber dem klaren Wortlaut des § 362 RVO., der hiernach in zwei Punkten deutlich genug von § 64 Ziff. 3 KVG. abweicht, kann daher jener offenbar irrigen Bemerkung in der Begründung der RVO. keine maßgebende Bedeutung beigemessen werden. Davon geht auch der Aufsatz in der „Betriebskrankenkasse" aus — aber nur einseitig, indem er hervorhebt, daß der Unternehmer jetzt nicht mehr, wie nach § 64 KVG., auch sächliche Verwaltungskosten (Kosten für Kassenräume, Bücher, Formulare usw.) zu tragen habe. Es ist aber ganz willkürlich und unzulässig, diese eine — dem Unternehmer günstige — Fassungsänderung trotz der Bemerkung der Begründung, daß das Gesetz es bei dem früheren Rechte bewenden lasse, als eine wirkliche Gesetzesänderung in Anspruch zu nehmen, dagegen die andere — dem Unternehmer ungünstige — Aenderung unter Hinweis auf dieselbe Bemerkung in der Begründung, als bedeutungslos anzusehen, weil die Worte „die Geschäfte" nur ein kürzerer Ausdruck für „die Rechnungs- und Kassenführung" seien. Läßt sich die Annahme der Begründung, daß § 362 RVO. nichts anderes besage als § 64 Ziff. 3 KVG., offenbar nicht halten, so muß man sich eben mit der einen wie mit der anderen Aenderung abfinden. Darin liegt dann auch ein Ausgleich, der wenigstens in der praktischen, rechnerischen Wirkung sich nicht allzusehr von dem früheren Rechtszustande entfernen dürfte.

Zu 2. Die Voraussetzung der ganzen Ausführung zum zweiten Punkt ist hinfällig. Allerdings regelt der Ausschuß die Krankenüberwachung durch eine Krankenordnung, d. h. er trifft Bestimmungen über das Verhalten der Kranken und über die Art, wie sie in bezug hierauf zu beaufsichtigen sind; aber die zur Ausübung dieser Aufsicht erforderlichen Personen bestellt bei Betriebskrankenkassen nach § 362 der Arbeitgeber, d. h. er ist es, der nicht nur die Personen auszuwählen, sondern auch die Zahl, die „erforderlich" ist, zu bestimmen hat — freilich nicht nach Willkür, sondern nach pflichtmäßigem Ermessen und unter seiner Verantwortlichkeit. Nun ist zuzugeben, daß die „erforderliche" Zahl von Krankenaufsehern abhängen kann von der Art, wie die Aufsicht durch den Ausschuß geregelt ist, und daß es theoretisch wenigstens denkbar ist, daß auf diese Weise der Ausschuß dem Arbeitgeber Verpflichtungen und eine Verantwortung aufbürden könnte, die über das Maß des von ihm für erforderlich Erachteten hinausgehen. Demgegenüber ist zunächst darauf hinzuweisen, daß dies ein Bedenken grundsätzlicher und gesetzgeberischer Art ist, welches gegenüber der Vorschrift in § 362 überhaupt erhoben werden, nicht aber die Geltung der Vorschrift berühren kann. Nicht nur bei der hier in Frage stehenden, sondern auch bei anderen Entschließungen des Ausschusses, und auch bei Maßnahmen des Vorstandes kann es zutreffen, daß sie den Arbeitgeber nach § 362 belasten, ohne daß er mehr als sein Stimmgewicht aus § 338 in die Wagschale werfen kann. Ob der Ausschuß Familienhilfe einzuführen beschließt oder nicht (§ 321 Ziff. 2, § 345 Abs. 2 Ziff. 6), welches Arztsystem der Vorstand einführt, wie er die Einziehung der Beiträge handhabt, ob er der Einziehung der Beiträge durch die örtlichen Hebestellen für die Invalidenversicherung zustimmt oder nicht (§ 1450), alle diese und manche andere Entschließungen der Kassenorgane können das Maß der Kassengeschäfte und infolge davon

Digitized by Google

die Zahl der zu ihrer Bewältigung erforderlichen Personen und somit die Kostenlast des Arbeitgebers aus § 362 wesentlich beeinflussen. Nicht anders liegt aber die Sache im Falle des § 347. Daß nach dieser Vorschrift der Ausschuß die Ueberwachung der Kranken regelt, kann hiernach so wenig wie in anderen Fällen ein Grund sein, die Kostenlast des Arbeitgebers aus § 362 einzuschränken. Es kommt hinzu, daß in dem Erfordernis der Genehmigung der Krankenordnung durch das Versicherungsamt (§ 347 Abs. 2) ein besonderer Rechtsschutz auch des Arbeitgebers liegt; er wird sich, wenn er überstimmt worden ist, an das Versicherungsamt wenden können mit dem Antrage, die Genehmigung zu versagen, wenn die vom Ausschuß beschlossenen Kontrollmaßnahmen ihn unnötig und unbillig belasten.

Zu 3. Daß die Krankenaufsicht nicht zu den „Geschäften" der Kasse, zur eigentlichen Verwaltung gehöre, sondern gewissermaßen „eine Ergänzung der ärztlichen Tätigkeit" darstelle, ist eine Verkennung der Sach- und Rechtslage. Gewiß soll und wird die Aufsicht über die Kranken mittelbar oft dem Erfolge der ärztlichen Behandlung zustatten kommen, aber es handelt sich bei der Aufsicht nicht, wie bei der Behandlung, um eine dem Versicherten zugedachte und gebührende Leistung, sondern um etwas, was die Kasse sich selbst leistet, um eine Verschleuderung von Kassenmitteln zu verhüten. Aerztliche Behandlung hat die Kasse nur bereit zu stellen; die Leistung erfolgt durch außerhalb des Geschäftsbetriebes der Kasse stehende Personen. Die Ueberwachung der Kranken dagegen ist, wie die §§ 347, 348, 377, 529 ergeben, eine Aufgabe der Kassenorgane selbst, deren Mitglieder sich damit auch unmittelbar befassen können. Betrauen sie damit, wie es die Regel sein wird, andere Personen, so besorgen diese, gleich anderen Angestellten, Geschäfte der Kasse und sind als Glieder dem allgemeinen Verwaltungsorganismns eingefügt (zu vgl. Lehmann, Verwaltungsdienst der Krankenkassen, S. 125 ff.) Die Kosten dafür sind nicht Kosten der ärztlichen Behandlung, sondern allgemeine Verwaltungskosten. Demgemäß gehören die Krankenaufseher zu den Angestellten, die bei Orts-, Land- und Innungskrankenkassen aus Kassenmitteln zu besolden und der Dienstordnung zu unterstellen (§ 349), bei Betriebskrankenkassen dagegen vom Arbeitgeber zu bestellen und zu besolden sind (§ 362).

Die Bestellung geschäftsleitender Kassenbeamten zu Vollstreckungsbeamten[1]).

Vom Wirklichen Geheimen Ober-Regierungsrat **Dr. Hoffmann** in **Berlin**.

Die Vorschrift im § 404 Abs. 4 RVO., wonach die Gemeindeaufsichtsbehörde die geschäftsleitenden Beamten nach Anhören der Kasse als Vollstreckungsbeamte bestellen kann, ist weder in der Begründung näher erläutert noch bei der Beratung im Reichstage Gegenstand einer Erörterung gewesen. Offenbar ist man allenthalben von der Zweckmäßigkeit dieser Vorschrift so überzeugt gewesen, daß ein näheres Eingehen auf den gesetzgeberischen Gedanken für überflüssig gehalten wurde. Bei oberflächlicher Prüfung erscheint in der Tat diese Vorschrift als eine wesentliche Verbesserung und als eine erhebliche Vereinfachung des Geschäftsgangs der Krankenkassen, bei näherer Untersuchung aber stellt sich leider heraus, daß sie, wenn sie auch nicht gerade undurchführbar ist, so doch nicht so ausgeführt werden kann, daß dabei etwas Ersprießliches herauskommt.

Zunächst gibt schon die Bezeichnung „Vollstreckungsbeamte" wenigstens für Preußen zu Zweifeln Anlaß. Die Verordnung, betr. das Verwaltungszwangsverfahren wegen Beitreibung von Geldbeträgen, vom 15. Nov. 1899 (GS. S. 545), abgeändert durch Verordnung vom 18. März 1904 (GS. S. 36) unterscheidet zwischen Vollstreckungsbehörden und

[1]) Siehe auch Mugdan im 29. Bande S. 761 dieser Zeitschrift.

Digitized by Google

Vollziehungsbeamten. Vollstreckungsbehörden sind diejenigen Behörden oder Beamten, welchen die Einziehung der der Vollstreckung im Verwaltungszwangsverfahren unterliegenden Geldbeträge zusteht (§ 3 a. a. O.), während Vollziehungsbeamte solche Beamte sind, die der Vollstreckungsbehörde beigegeben sind oder zur Verfügung stehen, um das Zwangsverfahren auszuführen (§ 5 a. a. O.). Da auch einzelne Beamte Vollstreckungsbeamte sein können, so ist es nach dem Wortlaut des Gesetzes nicht klar zu erkennen, ob die Kassenbeamten Vollstreckungsbehörden werden oder als Vollziehungsbeamte der Gemeinde die Zwangsbeitreibung ausführen sollen. Für die praktische Durchführung des Beitreibungsverfahrens ist der Unterschied von großer Bedeutung. Wenn die Kassenbeamten zu Vollstreckungsbehörden bestellt werden, so fällt damit für die Krankenkasse jeder Verkehr mit dem Gemeindevorstand wegen der Beitreibung der Beiträge, die wie Gemeindeabgaben beigetrieben werden (§ 28 RVO.), fort. Denn nach der jetzigen Rechtslage müssen sich die Kassen wegen der Beitreibung der Beiträge jedesmal an die Gemeindevorstände wenden, denen sie die für die Durchführung der Zwangsvollstreckung erforderlichen Unterlagen mit dem Nachweis über die Erledigung des durch die Satzung nach § 28 RVO. etwa vorgeschriebenen Mahnverfahrens vorlegen müssen. Dadurch entstehen naturgemäß für die Krankenkassen viele Umständlichkeiten und Schreibereien, die auf der anderen Seite wiederum eine nicht unerhebliche Belastung der Gemeindeverwaltungen ausmachen. Würden die geschäftsleitenden Beamten der Krankenkassen zu Vollstreckungsbehörden bestellt werden können, so würden die Gemeindebehörden überhaupt nicht mehr mit der Zwangsbeitreibung rückständiger Krankenkassenbeiträge befaßt werden. Den geschäftsleitenden Kassenbeamten würden von der Kasse Vollziehungsbeamte beigegeben, die die Zwangsvollstreckung ausführen, sodaß das ganze Zwangsbeitreibungsverfahren eine innere Angelegenheit der Kasse werden und sich ganz im Geschäftsbetriebe der Krankenkassen abspielen würde. Dieser Art der Regelung steht aber — was bei der Aufnahme des § 404 Abs. 4 RVO. wohl nicht ausreichend gewürdigt worden ist — die Vorschrift des § 28 RVO. entgegen, wonach rückständige Kassenbeiträge wie Gemeindeabgaben beigetrieben werden. Dadurch sind kraft Gesetzes dieselben Behörden zu Vollstreckungsbehörden bestellt, die für die Zwangsbeitreibung der Gemeindeabgaben zuständig sind. Das sind aber nach den Städteordnungen die Magistrate, in der Rheinprovinz die Bürgermeister und nach den Landgemeindeordnungen die Gemeindevorsteher. An dieser Zuständigkeit kann durch den § 404 Abs. 4 RVO. nichts geändert werden, da sich § 28 RVO. auf das Verfahren bezieht, während im § 404 Abs. 4 RVO. nichts weiter ausgesprochen ist, als daß bestimmte Personen als Vollstreckungsbeamte Verwendung finden können. Müssen somit im Hinblick auf § 28 RVO. die Magistrate usw. Vollstreckungsbehörden bleiben, so ist die Bestellung der Geschäftsleiter der Krankenkassen zu Vollstreckungsbehörden nicht ausführbar. Hätte das ermöglicht werden sollen, so hätte im § 404 RVO. vorgeschrieben werden müssen, daß den Krankenkassen an Stelle der Gemeindebehörden die Beitreibung der Kassenbeiträge übertragen werden könne, wobei die oberste Verwaltungsbehörde oder die von ihr zu beauftragenden Behörden das Nähere zu regeln haben würden.

Nach alledem erscheint die Bestellung der Geschäftsleiter der Krankenkassen zu **Vollstreckungsbehörden** für die Beitreibung der rückständigen Kassenbeiträge ausgeschlossen. Die Vorschrift des § 404 Abs. 4 RVO. kann also nur angenommen werden, daß die geschäftsleitenden Beamten der Krankenkassen zu Vollziehungsbeamten bestellt werden können. Dadurch würde, ganz abgesehen davon, daß sich die in Frage stehenden Beamten für die mehr untergeordnete Tätigkeit eines Vollziehungsbeamten kaum eignen, weder für die Gemeindebehörde noch für die Krankenkassen selbst eine Erleichterung entstehen. Die Krankenkassen müßten sich nach wie vor an die Gemeindebehörden mit dem Ersuchen um

Digitized by Google

Durchführung der Zwangsbeitreibung wenden, während den Gemeindebehörden weiterhin die ganze Arbeitslast des Zwangsverfahrens verbleiben würde. Dadurch, daß ihnen die Möglichkeit geboten wird, sich der geschäftsleitenden Kassenbeamten als Vollziehungsbeamten zu bedienen, entsteht für die Vollstreckungsbehörden eher eine Weitläuftigkeit als eine Bequemlichkeit, zumal sie es vorziehen werden, das Verfahren mit dem ihm beigegebenen und ihrer Dienstaufsicht unterstellten Vollziehungsbeamten durchzuführen. Die Krankenkassen werden aber wenig Verlangen tragen, auf ihre Kosten die an der Spitze der Verwaltung stehenden Beamten den Gemeindebehörden zur Verrichtung von Arbeiten zur Verfügung zu stellen, die sonst die Gemeindebehörden mit eigenen Kräften ausführen müßten und die auch weniger vorgebildete Beamte ordnungsmäßig auszuführen durchaus imstande sind.

Kommt dem § 1316 RVO. rückwirkende Kraft zu?

Vom Bezirksamtsassessor **Dr. Kaisenberg**, Hilfsarbeiter im Reichsversicherungsamt zu **Berlin**.

In der Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung 1913 Sp. 346 hat Stempel die Frage aufgeworfen, ob dem § 1316 RVO. Rückwirkung beizumessen und er auch dann anzuwenden ist, wenn die Rente vor dem 1. Januar 1912 durch rechtskräftigen Bescheid festgestellt und für ruhend erklärt ist und über den 1. Januar 1912 hinaus noch wegen freiwilligen gewöhnlichen Aufenthalts des berechtigten Ausländers im Auslande ruht. Mit Rücksicht auf die für die Schaffung des § 1316 RVO. maßgebend gewesene Absicht des Gesetzgebers kommt Stempel zu einer Bejahung der Frage.

Dem § 1316 RVO. möchte ich keine rückwirkende Geltung beilegen. Die Vorschriften über Kapitalabfindung in der Unfall- wie in der Invalidenversicherung haben im Zusammenhang mit jenen über das Ruhen der Rente in der RVO. gegenüber dem früheren Rechtszustand nach eingehenden Beratungen in der Reichstagskommission (sog. Ausländerfrage) erhebliche Aenderungen erfahren. Wieweit die neuen Vorschriften rückwirkende Kraft haben sollen, hierüber trifft das Einf.Ges. zur RVO. Regelung. Dieses Gesetz (Art. 60 ff.) schreibt aber nur die Rückwirkung gewisser für die Unfallversicherung getroffenen neuen Vorschriften, nicht auch jener für die Invalidenversicherung vor. Die Annahme, das Einführungsgesetz regele die Rückwirkung der neuen Vorschriften der RVO. nicht erschöpfend, dürfte jedenfalls für die enge miteinander zusammenhängenden Fragen des Ruhens der Rente und der Kapitalabfindung nicht zutreffend sein. Vielmehr hat der Gesetzgeber in Art. 80 des Einführungsgesetzes bewußt nur den Art. 61, nicht auch den Art. 62 für entsprechend anwendbar erklärt und zwar mit Rücksicht auf die grundlegenden Verschiedenheiten in den Vorschriften über die Kapitalabfindung bei der Unfall- und bei der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Die Vorschriften über die Kapitalabfindung in der Unfallversicherung stellen sich für den berechtigten Ausländer gegenüber dem früheren Rechte im wesentlichen nicht günstiger. Denn nach wie vor steht es im Ermessen der Berufsgenossenschaft, ob sie den Ausländer abfinden will oder nicht. Nur insofern ist das neue Gesetz für den Berechtigten günstiger, als er, wenn er gegen seinen Willen abgefunden wird, mit einem dem Werte der Jahresrente entsprechenden Kapitale abgefunden werden muß. Anders dagegen in der Invalidenversicherung. Hier ist durch § 1316 RVO. die Neuerung getroffen, daß dem Ausländer ein Rechtsanspruch auf Kapitalabfindung eingeräumt ist. Insofern bringt das 4. Buch der Reichsversicherungsordnung, gegenüber der Regelung im Invalidenversicherungsgesetz und der neurechtlichen Regelung in der Unfallversicherung,

Digitized by Google

eine wesentliche Vergünstigung für den berechtigten Ausländer. Diese Neuerung wurde damit begründet, daß der Versicherte zu Beiträgen für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung genötigt wird (Kom.Ber. 3. Teil S. 72). Indessen wollte der Gesetzgeber diese Vergünstigung offenbar nur denjenigen rentenberechtigten Ausländern zukommen lassen, deren Rente unter der Herrschaft des neuen Rechts festgesetzt und für ruhend erklärt wird, während die bereits unter der Geltung des alten Rechts abgeschlossenen Rechtsverhältnisse von dem neuen Rechte nicht mehr betroffen werden sollten. Dies ergibt sich aus dem in der Reichstagskommission gestellten und von der Kommission und dem Plenum angenommenen Antrag Nr. 890, der in Ziffer 10 die Rückwirkung für die Unfallversicherung, in Ziffer 12 jene für die Invalidenversicherung behandelt.

Der Grund, den Stempel für die Rückwirkung des § 1316 RVO. anführt, daß nämlich das neue Recht für die Versicherten eine Weiterbildung darstellt, würde auch für die Rückwirkung des § 617 RVO. sprechen, so daß es der Vorschrift des Art. 62 Einf.Ges. zur RVO. nicht mehr bedurft hätte. Wenn gleichwohl der Gesetzgeber die Rückwirkung der neuen Unfallversicherungsvorschrift im Gegensatz zu der Regelung in der Invalidenversicherung ausgesprochen hat, so kann eben daraus nur gefolgert werden, daß der Gesetzgeber eine Rückwirkung des § 1316 RVO. nicht gewollt hat. Welche Gründe den Gesetzgeber hierfür bewogen haben, läßt sich aus den Gesetzgebungsverhandlungen nicht unmittelbar entnehmen, vermutlich wohl nur der Gedanke, daß die einmal abgeschlossenen Rechtsverhältnisse durch das neue Recht nicht berührt werden sollen. Denn der allgemeine Rechtsgrundsatz, daß die rechtskräftig erledigten Fälle wegen einer späteren Aenderung der Gesetzgebung nicht noch einmal aufgenommen werden können, liegt auch der Reichsversicherungsordnung und seinem Einführungsgesetz zugrunde, wie in der Kommissionsberatung zum Entwurf des Einführungsgesetzes noch besonders betont wurde (Kom.Ber. zum Einf.Ges. S. 38). Diesen Grundsatz im Gesetz eigens auszusprechen, war nicht erforderlich, da er allgemein Rechtens ist. Nur insofern war es geboten, Vorschriften zu treffen, als Ausnahmen von diesem Rechtssatz zugelassen werden sollten. Eine solche Ausnahme stellt der Art. 62 Abs. 1 Einf.Ges. zur RVO. dar, die offenbar nur zugelassen wurde, weil in der Unfallversicherung das neue Recht nicht wesentlich verschieden von dem alten ist, eine eigentliche Rückwirkung also überhaupt nicht in Frage steht.

Mit Rücksicht auf die Fassung des Antrages Nr. 890 muß es ferner als ausgeschlossen erachtet werden, bei Ziffer 12 des Antrags etwa ein Redaktionsversehen annehmen zu wollen.

Auch aus dem Wortlaute des § 1316 RVO. will Stempel dessen Rückwirkung ableiten. § 1316 schreibe die Abfindung des berechtigten Ausländers im Falle des § 1313 Nr. 1 RVO. zwingend vor. An Stelle des § 48 Abs. 1 Nr. 4 Satz 1 JVG. sei vom 1. Januar 1912 an der § 1313 Nr. 1 RVO. getreten, die Rente des Ausländers ruhe also nicht mehr nach dem JVG., sondern nach § 1313 Nr. 1 RVO., mithin bestehe notwendig der Abfindungsanspruch aus § 1316 RVO. Diese Schlußfolgerung wäre vielleicht zutreffend, wenn nicht neben den Vorschriften des § 1313 Nr. 1 und des § 1316 RVO. noch weitere Vorschriften beständen. Solche sind aber enthalten im Einführungsgesetz zur Reichsversicherungsordnung sowie den allgemein anerkannten, auch in der Arbeiterversicherung geltenden Rechtsgrundsätzen über die Nichtrückwirkung neuer Rechtssätze, die die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung ganz oder zum Teil gegenüber solchen Ansprüchen abändern, die bereits unter der Herrschaft des alten Rechts rechtskräftig erledigt sind. Auf Grund dieser Rechtssätze sollte aber gerade für die Frage der Kapitalabfindung in der Invalidenversicherung nach der hier vertretenen Auffassung die Rückwirkung des neuen Rechts ausgeschlossen sein.

Digitized by Google

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Keine Wiedereinsetzung bei unverschuldeter Unkenntnis der Zustellung.

Rek.-Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 15. Mai 1914 (2734 Amtl. Nachr. 1914 S. 667).

Durch den Endbescheid vom 2. September 1913 hat die Beklagte den Einspruch des Klägers gegen ihren jede Entschädigung wegen des Unfalls vom 23. Januar 1913 ablehnenden Bescheid als verspätet und daher unzulässig verworfen. Die Berufung des Klägers hat keinen Erfolg gehabt, da das Oberversicherungsamt den Standpunkt der Beklagten gebilligt und verneint hat, daß dem Kläger ein Grund zur Wiedereinsetzung in den vorigen Stand gegen die Versäumung der Einspruchsfrist zur Seite steht. In der Rekursinstanz hat der Kläger wie im Verfahren vor der Berufsgenossenschaft und dem Oberversicherungsamte nicht bestritten, daß er den Einspruch gegen den Bescheid der Beklagten erst nach Ablauf der einmonatigen Verfahrensfrist, also verspätet erhoben hat. Er glaubt aber einen Anspruch auf Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu haben, weil er von der Zustellung des Bescheids, der während seines Aufenthalts im Krankenhause seiner Ehefrau ausgehändigt war, erst nach Ablauf der Einspruchsfrist in Kenntnis gesetzt worden sei. Der Kläger behauptet, auch seine Ehefrau sei zu jener Zeit krank und infolgedessen nicht imstande gewesen, den Bescheid an ihn weiterzugeben. Sie habe mit der Beförderung des Bescheids ihre Schwester beauftragt. Diese habe aber vergessen, den Auftrag auszuführen. Eine Schuld an der Versäumung der Einspruchsfrist treffe ihn also nicht.

Auch unter der Voraussetzung, daß die Behauptungen des Klägers sämtlich den Tatsachen entsprechen, ist sein Anspruch auf Wiedereinsetzung in den vorigen Stand gegen die Versäumung der Einspruchsfrist unbegründet, da nach seinem eigenen Vorbringen ein Wiedereinsetzungsgrund nicht vorhanden ist. Unter dem bisherigen Rechte hat das Reichsversicherungsamt allerdings als Wiedereinsetzungsgrund auch den Umstand angesehen, daß ein Dritter, dem der Bescheid mit Wirksamkeit für die Partei zugestellt worden ist, dieser von der Zustellung erst so spät Mitteilung gemacht hat, daß die Rechtsmittelfrist nicht mehr gewahrt werden konnte (Handb. der Unfallvers. 3. Aufl. Bd. I S. 503, 504 Anm. 12 Abs. 1c zu § 76 UVG.). Diese Auffassung stützte sich insbesondere auf § 233 Abs. 2 ZPO., deren Vorschrift für anwendbar im Unfallversicherungsverfahren erklärt wurde. Für diese Auffassung ist aber kein Platz unter der Herrschaft der Reichsversicherungsordnung. Unter altem Rechte, das Vorschriften über die Wiedereinsetzung in den vorigen Stand nicht vorgesehen hätte, unterlag die entsprechende Anwendung der einschlägigen Vorschriften der Zivilprozeßordnung keinem Bedenken. Die Reichsversicherungsordnung regelt aber die Wiedereinsetzung in den vorigen Stand gegen die Versäumung einer gesetzlichen Verfahrensfrist (§§ 131 ff.). Auf Vorschriften der Zivilprozeßordnung zurückzugreifen, wäre daher nur dann zulässig, wenn diese Regelung nach Absicht des Gesetzgebers keine erschöpfende ist. Für eine derartige Annahme fehlt es indessen an jedem Anhalt. Die eingehenden Vorschriften des Gesetzes darüber, unter welchen Voraussetzungen die Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu erteilen ist, welchen Inhalt der Antrag auf Wiedereinsetzung haben soll und welches Verfahren über den Antrag Anwendung findet, lassen im Gegenteil erkennen, daß die Reichsversicherungsordnung diesen Rechtsbehelf erschöpfend hat regeln wollen. Das geht auch aus der „Begründung zum Entwurfe der Reichsversicherungsordnung" zu den §§ 144 bis 147 hervor. Denn in ihr ist hervorgehoben, daß der Entwurf der Uebung der Rechtsmittelinstanzen entsprechend den wesentlichen Inhalt der §§ 233 bis 238 ZPO. übernommen, ihn aber gleichzeitig den besonderen Bedürfnissen der Versicherungsverhältnisse angepaßt habe. Eine Vorschrift, welche der von der Zivilprozeßordnung für das Versäumnisverfahren vorgesehenen Sondervorschrift entspricht, wonach gegen die Versäumung der Einspruchsfrist Wiedereinsetzung auch dann zu erteilen ist, wenn die Partei von der Zustellung des Versäumnisurteils ohne ihr Verschulden keine Kenntnis erlangt hat (§ 233 Abs. 2), ist in die Reichsversicherungsordnung nicht aufgenommen worden. Daraus muß gefolgert werden, daß der Gesetzgeber ein Bedürfnis für die Uebernahme jener nur für ein bestimmtes Verfahren der Zivilprozeßordnung geltenden Ausnahmevorschrift auf das Verfahren in Versicherungssachen nicht anerkannt hat. Infolgedessen kann abweichend von der Rechtsübung des Reichsversicherungsamts unter der Herrschaft des alten Rechtes seit dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung die Wiedereinsetzung in den vorigen Stand gegen die Versäumung einer gesetzlichen Verfahrensfrist einer Partei nicht deswegen gewährt werden, weil sie von der ordnungsmäßig erfolgten Zustellung der Entscheidung, mit der sie unzufrieden ist, ohne ihr Verschulden keine Kenntnis erlangt hat. Demnach war im vorliegenden Falle der Rekurs zurückzuweisen, ohne

Digitized by Google

daß das Reichsversicherungsamt in der Lage war, den Anspruch des Klägers auf Gewährung einer Rente sachlich nachzuprüfen (zu vgl. auch die Entsch. 2732 und 2733).

Anmerkung: Wir halten die Entscheidung für unrichtig. Daß die Reichsversicherungsordnung eine dem § 233 Abs. 2 ZPO. entsprechende Sonderbestimmung nicht enthält, enthebt die Versicherungsbehörden nicht der Prüfung, ob die unverschuldete Unkenntnis der Zustellung nicht nach den besonderen Umständen einen unabwendbaren Zufall im Sinne des § 131 RVO. darstellt, und deshalb die Wiedereinsetzung rechtfertigt.

B. Zur Krankenversicherung.

Wer ist Arbeitgeber beim Zusammenwirken von Lohndampfdrescherei und landwirtschaftlichem Betrieb?

Urteil des **preuß. Oberverwaltungsgerichts, 3. Senats,** v. 30. April 1914 (III C. 185. 13).

Die beklagte Krankenkasse ist vom Bezirksausschuß verurteilt worden, dem klagenden Armenverband im Rahmen des § 57 KVG. die Kosten zu ersetzen, die dieser für die Verpflegung des Arbeiters Hn. aufgewendet hat. Sie hat dagegen Revision eingelegt. Der Streit der Parteien beruht auf folgendem Tatbestande:

Der Landwirt J. hat im September 1910 sein Getreide durch die Dampfdreschmaschine des Maschinenbesitzers Hs. ausdreschen lassen. Bei dieser Arbeit ist Hn. verunglückt. Streitig ist, ob er dabei im landwirtschaftlichen Betriebe des J. oder in dem gewerblichen des Hs. stand. Im ersten Falle würde er der Versicherungspflicht nach dem Krankenversicherungsgesetze nicht unterliegen, im anderen würde er ihr unterlegen haben und Mitglied der beklagten Kasse gewesen sein. Nach der Auffassung der Beklagten war der Landwirt J., nach derjenigen des Klägers und des Bezirksausschusses der Dreschmaschinenbesitzer Hs. Arbeitgeber des Hn. Die Beklagte macht geltend, J. habe durch die bei den Akten in Abschrift befindliche Bescheinigung anerkannt, daß die sämtlichen beim Maschinendrusch beschäftigten nichttechnischen Arbeiter bei ihm im Arbeits- und Dienstverhältnisse gestanden haben. Diese Bescheinigung lautet: „Der Dampfdreschmaschinenbesitzer J. Hs. in H. ist von mir zum Dreschen angenommen. Das technische Maschinenpersonal, Maschinenmeister, Heizer, Oeler, Einleger, ist von Hs. angenommen und wird von ihm gestellt. Die sämtlichen sonstigen, nichttechnischen Arbeiter werden von mir, dem unterzeichneten Landwirt (J.), angenommen und stehen nur zu mir in einem Arbeits- und Dienstverhältnis und erhalten von mir Lohn und Beköstigung. . . ."

Ferner beruft die Beklagte sich auf ein zwischen der Schleswig-Holsteinischen landwirtschaftlichen und der Nordwestlichen Eisen- und Stahlberufsgenossenschaft geschlossenes Abkommen, das auch vom Reichsversicherungsamte gebilligt worden sei, des Inhalts, daß von den in Lohndampfdreschereien beschäftigten Arbeitern nur die technischen Arbeiter als Angestellte des Dreschmaschinenbesitzers, alle übrigen Arbeiter aber als Angestellte desjenigen Landwirts angesehen werden sollen, für den jeweilig gedroschen werde. Der Bezirksausschuß hat über das Beschäftigungsverhältnis des Hn. die beteiligten Personen gehört. Auf die den Parteien bekannten Aussagen der Zeugen wird Bezug genommen.

Durch die Entscheidung des Bezirksausschusses ist die Beklagte nach dem Klageantrage verurteilt, und es ist dadurch anerkannt worden, daß der Arbeiter Hn. während seiner Beschäftigung auf dem Hofe des Landwirts J. im Herbste 1910 im Dienste des Dampfdreschmaschinenbesitzers Hs. gestanden habe. Das Oberverwaltungsgericht hat die Revision der beklagten Kasse für unbegründet erachtet aus folgenden Gründen:

Der Vorderrichter konnte aus den Aussagen der von ihm vernommenen Zeugen ohne Rechtsirrtum und ohne gegen den klaren Inhalt der Akten zu verstoßen, die Feststellung entnehmen, daß Hn. tatsächlich in der fraglichen Zeit im Dienste des Hs. gestanden, von ihm seinen Lohn empfangen habe, ihm gegenüber zum Gehorsam verpflichtet gewesen sei und auch allein von seinem Beauftragten, dem Dreschmaschinenmeister, seine Anweisungen empfangen habe. Wenn die Beklagte sich auf die von J. ausgestellte Bescheinigung und darauf beruft, daß nach dem erwähnten, zwischen der Schleswig-Holsteinischen landwirtschaftlichen und der Nordwestlichen Eisen- und Stahlberufsgenossenschaft getroffenen und vom Reichsversicherungsamte gebilligten Abkommen die sämtlichen nichttechnischen Arbeiter bei den Lohndampfdreschmaschinen als Arbeiter der Landwirte, für die jeweilig das Getreide gedroschen werde, anzusehen seien, so gehen beide Einwände fehl. Entscheidend ist allein, zu wem Hn. im versicherungsrechtlichen Sinne im Arbeitsverhältnisse gestanden hat. Für die Entscheidung dieser Frage ist die dem Hs. von dem Landwirte J. ausgestellte Bescheinigung vom Oktober 1910 nicht wesentlich. Sie besagt zwar, daß die sämtlichen nichttechnischen Arbeiter von J. angenommen seien und zu ihm in einem Dienst- und Arbeitsverhältnisse stehen, auch nur von ihm Lohn und Beköstigung erhalten. Diese Bescheinigung hat aber nur dann rechtliche Bedeutung, wenn sie den Tatsachen entspricht. Wenn der Vorderrichter angenommen hat, daß das nicht der Fall sei, so ist das nach dem oben Gesagten

Digitized by Google

eine mit der Revision nicht angreifbare, daher den Revisionsrichter bindende Feststellung. Diese Beurteilung entspricht aber auch der auf dem Gebiete der Unfallversicherung nach Gesetz und Rechtsprechung bestehenden Sachlage. In dem Bescheide des Reichsversicherungsamts, Ziff. 1871, Amtl. Nachr. 1901 S. 424, ist vom Reichsversicherungsamt an der Hand des § 33 Abs. 3 des landwirtschaftl. UVG. von 1900 anerkannt, daß nach der durch diese Gesetzesvorschrift geschaffenen Rechtslage für die berufsgenossenschaftliche Zugehörigkeit der Versicherten entscheidend ist, von welchem der beteiligten Unternehmer der Auftrag zur Arbeit erteilt und der Lohn hierfür zu zahlen ist. Dem entspricht es, wenn im Handbuch der Unfallversicherung, 3. Aufl. Bd. 2 S. 112, auf den Bescheid Ziff. 1871 Bezug genommen ist. Allerdings fügt das Reichsversicherungsamt dort hinzu: Die Verhältnisse seien im Einzelfalle nicht immer ganz klar, es komme vor, daß die Lohndrescherei-Unternehmer oder ihre Beauftragten nicht nur die eigentliche Bedienungsmannschaft der Dreschmaschinen (Heizer und Einleger), die als gewerbliche Arbeiter zu erachten sind, sondern auch die erforderlichen sonstigen Hilfspersonen stellen, „nicht selten geschieht letzteres aber im Auftrag und für Rechnung des Landwirts, für den das Getreide gedroschen wird. Ist dies der Fall, so sind die erwähnten Hilfspersonen bei der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft versichert." Danach wird aber der Bescheid Ziff. 1871 an sich auch von der gegenwärtigen Auffassung des Reichsversicherungsamts unbeschränkt als zu Recht bestehend anerkannt, wie das nach dem klaren Wortlaute des § 33 Abs. 3 des landwirtschaftl. UVG. auch nicht anders möglich ist, und es ist lediglich Tatfrage, ob er im Einzelfalle um deswillen nicht Anwendung findet, weil der Dreschmaschinenbesitzer, der die Hilfspersonen angenommen und gelohnt hat, die Löhne nach Lage des Falles und der zwischen ihm und dem Landwirte getroffenen Abrede nur als Beauftragter des Landwirts zu zahlen hat. Zur Beurteilung der Tatfrage ist der Verwaltungsrichter nicht an etwaige Abkommen gebunden, die zwischen den beteiligten Berufsgenossenschaften getroffen sein mögen. Die versicherungsrechtliche Zugehörigkeit der Betriebe und der in ihnen beschäftigten Arbeiter bestimmt sich nach dem öffentlichen Rechte, welches durch Vereinbarungen der Beteiligten, auch der beteiligten Versicherungsträger, nicht geändert werden kann. Wenn es dessen ungeachtet unter Umständen zweckmäßig sein mag, besondere Schwierigkeiten der Grenzbestimmung hinsichtlich der Zuständigkeit von Berufsgenossenschaften durch Vereinbarungen zu regeln, so sind doch solche Vereinbarungen für den Richter nicht maßgebend, auch wenn sie in der Verwaltungspraxis ständig als Norm betrachtet werden sollten. Jedenfalls aber können derartige Vereinbarungen nicht maßgebend sein für die Rechtsstellung von solchen Personen und Versicherungsträgern, die an den Vereinbarungen nicht teilgenommen haben, wie es im vorliegenden Falle von der Beklagten gilt.

Anmerkung: Die Vorschrift des § 33 Abs. 3 LUVG. ist jetzt in § 959 RVO. enthalten. Nach dem dort angezogenen § 634 RVO. würde auch jetzt so zu urteilen sein, wie nach der vorliegenden Entscheidung. Freilich beziehen sich die bezeichneten Vorschriften nur auf die Frage, welche Berufsgenossenschaft einen Unfall beim Betriebe zu entschädigen hat, während es sich im vorliegenden Fall um die Frage handelte, ob die Beschäftigung krankenversicherungspflichtig machte, was nach § 1 KVG. davon abhing, ob sie im gewerblichen oder im landwirtschaftlichen Betriebe stattfand; und das Gesetz spricht nicht ausdrücklich aus, daß auf die Krankenversicherung jene Vorschriften entsprechend anwendbar seien. Das vorliegende Urteil enthält hierüber keine besondere Ausführung, aber es bringt zum Ausdruck, daß allein entscheidend sei, zu wem der Arbeiter „im versicherungsrechtlichen Sinne" im Arbeitsverhältnis gestanden hat, daß nach den Tatsachen der Dreschmaschinenbesitzer als Arbeitgeber angesehen worden sei und daß dies „auch" der auf dem Gebiete der Unfallversicherung nach Gesetz und Rechtsprechung bestehenden Lage entspreche. Man darf danach wohl annehmen, daß das Oberverwaltungsgericht davon ausgeht, daß die hier in Frage stehenden, wie manche andere für die Unfallversicherung gegebenen Vorschriften auf der Berücksichtigung tatsächlich gegebener wirtschaftlicher Zusammenhänge beruhen und deshalb allgemeinere Bedeutung beanspruchen können (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. S. 590 Anm. 1 zu § 417 RVO.). Für die Krankenversicherung kann hiervon übrigens nach dem neuen Rechte nicht mehr die Frage der Versicherungspflicht, wohl aber die Frage der Kassenzugehörigkeit abhängig sein.

Beginn der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 170 KVG.

Entsch. des Großherz. **Versicherungsamts** in **Neustrelitz** vom 6. Oktober 1914.

Wie sich aus § 170 RVO. ergibt, sind Beamte und Bedienstete der landesherrlichen Hofverwaltungen, um die es sich im vorliegenden Falle handelt, krankenversicherungspflichtig, solange sie nicht auf Antrag der Verwaltung durch die oberste Verwaltungsbehörde von der Versicherungspflicht befreit sind. Voraussetzung für die Befreiung ist, daß den Beamten und Bediensteten gegen ihren Arbeitgeber einer der in § 169 RVO. bezeichneten Ansprüche, d. h. ein Anspruch mindestens entweder auf Krankenhilfe in Höhe und Dauer der Regelleistungen der Krankenkasse oder für die gleiche Zeit auf Gehalt, Ruhegeld, Wartegeld oder ähnliche Bezüge im anderthalbfachen Betrage des

Digitized by Google

Krankengeldes gewährleistet ist oder sie lediglich für ihren Beruf ausgebildet werden. Ob diese Voraussetzungen zutreffen, prüft die oberste Verwaltungsbehörde. Für die Versicherungsbehörden bleibt deshalb in Streitfällen über die Versicherungspflicht nur zu prüfen, ob und wann die Befreiung tatsächlich erfolgt ist. Die Befreiung ist nun zwar hier erfolgt. Doch datiert der die Befreiung aussprechende Beschluß des Großherzoglichen Ministeriums, Abteilung des Innern, der zuständigen obersten Verwaltungsbehörde, erst vom 24. März 1914. Da dieser Entscheidung keine rückwirkende Kraft beigelegt ist und nach dem Gesetz auch nicht beigelegt werden konnte, so bestand bis zum genannten Tage die Krankenversicherungspflicht der der beklagten Verwaltung unterstellten Beamten und Bediensteten. Unerheblich ist es dabei, ob ihnen die in § 169 RVO. bezeichneten Ansprüche schon vor dem 1. Januar 1914 gewährleistet waren. Denn da eine dem § 170 a. a. O. entsprechende Vorschrift dem bis zum 31. Dezember 1913 geltenden früheren Krankenversicherungsgesetz unbekannt war, so mußten erst alle Voraussetzungen für die Befreiung, also auch Antrag und Entscheidung darüber, vorhanden sein, ehe die Befreiung eintreten konnte.

Bestand danach Versicherungspflicht, so mußten für die Zeit bis zur Befreiung die Meldungen der Versicherten gemäß §§ 310, 530 RVO. und § 12 der Satzung bewirkt und Beiträge gezahlt werden.

Anmerkung: Ob die Wirkung der Befreiung erst mit dem Datum des Beschlusses der höheren Verwaltungsbehörde beginnen oder auf den Zeitpunkt des Eingangs des Antrags zurückbezogen werden kann (zu vgl. unsere Auskunft 1914 S. 343 Ziff. 11), ist von verhältnismäßig untergeordneter Bedeutung. Das Wichtige und sicher Richtige an der vorliegenden Entscheidung ist der in den Gründen enthaltene Satz, daß es der höheren Verwaltungsbehörde keinesfalls zusteht, die Wirkung der Befreiung beliebig in die Vergangenheit zurückzuverlegen. Das Gesetz ermächtigt in § 170 die oberste Verwaltungsbehörde zu dem Ausspruch, daß die Beschäftigten unter gewissen Voraussetzungen von der Versicherungspflicht befreit „werden", und entsprechend in § 171, daß Beschäftigte versicherungsfrei „sind". Wird aber — wie es z. B. der preußische Handelsminister tut — die Versicherungsfreiheit mit Wirkung von einem früheren Zeitpunkt (vom 1. Januar 1914) ausgesprochen, so heißt das, daß die Beschäftigten schon vorher versicherungsfrei waren, und zu einer solchen mit der wirklichen Sach- und Rechtslage in Widerspruch stehenden, die bereits wirksam gewordene Versicherungspflicht samt allen daraus erwachsenen Rechten und Pflichten auflösenden Bestimmung ist keine Verwaltungsbehörde ermächtigt, auch die oberste nicht. Ein solcher Ausspruch ist ungesetzlich und für die Beteiligten wie für die Versicherungsbehörden nicht verbindlich. Denn auch endgültige und unanfechtbare Entscheidungen einer Verwaltungsinstanz sind von bindender Bedeutung nur insoweit, als sich die Behörde in den Grenzen ihrer gesetzlichen Bestimmungsbefugnis gehalten hat (zu vgl. Gründe der Entsch. des Reichsger. in Zivils. 56 S. 350, ArbVers. 1904 S. 451, 452 zu IV).

Daß die Beschäftigung eines Arbeiters gegen eine Polizeiverordnung verstößt, steht der Versicherungspflicht nicht entgegen.

Urteil des preuß. Oberverwaltungsgerichts, 3. Senats, vom 2. Juli 1914 (III. C. 235. 13).

Der Vorderrichter geht davon aus, daß der Unterstützte nicht lediglich einen mißglückten Arbeitsversuch gemacht habe, was die Beklagte behauptet hat; er begründet dies aber nicht näher. Aus der Aussage des Arbeitgebers läßt sich nicht entnehmen, ob der Unterstützte den ihm zugesicherten Lohn für die Tage seiner Beschäftigung in vollem Umfange und als Entgelt für seine Tätigkeit erhalten, noch auch wielange er wirklich gearbeitet hat. Zur Aufklärung des Sachverhalts wären weitere Ermittelungen .... notwendig gewesen. Darin, daß der Vorderrichter sich dieser Aufklärung entschlagen hat, liegt ein wesentlicher Mangel des Verfahrens. Deshalb ist die Vorentscheidung aufzuheben, die Sache aber, die bei freier Beurteilung nicht spruchreif erscheint, an den Vorderrichter zurückzuverweisen.

Wenn die Beklagte besonderen Wert darauf legt, daß der Unterstützte, weil er an einer ansteckenden und ekelerregenden Krankheit gelitten habe, nach der Polizeiverordnung vom 14. Mai 1908 über den Betrieb der Bäckereien und Konditoreien in dem Betriebe der Opalkeschen Konditorei gar nicht hätte beschäftigt werden dürfen, so kommt es auf diese Bestimmung für die Erwerbung der Kassenmitgliedschaft ebensowenig an, wie auf die Vorschriften des § 123 der Gewerbeordnung, wie der Vorderrichter ohne Rechtsirrtum ausgeführt hat.

Digitized by Google

C. Zur Unfallversicherung.

Wurmkrankheit kein Betriebsunfall.

Rek.-Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 20. November 1913 (2725 Amtl. Nachr. 1914 S. 617).

Kläger war vom 24. Dezember 1902 bis zum 31. August 1903 auf Zeche E. unter Tage als Zimmerhauer beschäftigt. Bei einer von der Zechenverwaltung veranlaßten ärztlichen Untersuchung wurde er für wurmkrank befunden und machte, nachdem er am 31. August von Zeche E. abgekehrt war und am 4. September noch eine Schicht in der Zeche Sch. der Bergwerksgesellschaft H. verfahren hatte, vom 5. bis zum 16. September 1903 im Krankenhaus eine Wurmkur durch. Diese Kur bestand darin, daß der Kläger am 7., 8. und 12. September 1903 jeweils 5 g Extractum filicis maris in Gelatinekapseln zu je 1 g einnahm. Nach seiner Entlassung aus dem Krankenhaus arbeitete der Kläger wieder bis zum 14. Oktober 1903 auf Zeche Sch., mußte dann aber wegen beträchtlicher Abnahme des Sehvermögens auf beiden Augen die Arbeit einstellen. Er begab sich am 27. Oktober 1903 in die Behandlung des Augenarztes Dr. W. und wurde dann mehrere Wochen lang im Krankenhause behandelt, ohne daß eine Besserung in seinem Zustand eintrat. Vom 22. Januar 1904 bis zum 9. Juli 1906 wurde der Kläger auf Zeche Sch. über Tag mit leichten Arbeiten beschäftigt. Seit dieser Zeit hat er wegen völliger Erblindung auf beiden Augen keine Arbeit mehr verrichten können. Er bezieht vom 29. Oktober 1903 ab Invalidenrente in Höhe von 204,60 M. jährlich.

Die von dem Kläger erhobenen Ansprüche gegen den Allgemeinen Knappschaftsverein in B. sind durch rechtskräftiges Urteil des Königl. Oberlandesgerichts H. vom 13. Februar 1911 als berechtigt anerkannt worden. Die Gründe dieses Urteils lauten folgendermaßen:

„Der Klageanspruch stützt sich auf den § 25 der Statuten. Nach ihm steht dem Kläger dann ein Anspruch auf eine Jahresrente von 180 M. zu, wenn er bei der Bergarbeit verunglückt und dadurch im Sinne der Statuten erwerbs- oder arbeitsunfähig wird. Nach dem überzeugend begründeten Gutachten des Augenarztes Dr. R., dem sich das erkennende Gericht angeschlossen hat, und das bei seiner eingehenden und zutreffenden Würdigung der Beweisaufnahme durch das Vorbringen des beklagten Vereins nicht erschüttert ist, war der Kläger vor der Wurmkur zwar in seinem Sehvermögen etwas (höchstens 1/4) beeinträchtigt, aber doch voll erwerbsfähig. Durch die Behandlung mit Extractum filicis maris (Farnkrautextrakt) ist nach dem Gutachten das übrige Sehvermögen (also 3/4) vernichtet und die Erwerbsunfähigkeit des Klägers zu einer völligen gemacht. Es bleibt demnach nur noch zu prüfen, ob hierin der Fall einer Verunglückung bei der Bergarbeit im Sinne des § 25 der Statuten vorliegt, und ob der beklagte Verein aus dem Grunde nicht haftbar ist, weil er dem Kläger freie Kur und Verpflegung in einem Krankenhause gewährt hat.

In Uebereinstimmung mit der Entscheidung des Reichsgerichts vom 6. November 1907 — Entsch. 66 S. 433 ff. — hat der erkennende Senat festgestellt, daß der Kläger während der Behandlung gegen die Wurmkrankheit, der er sich, falls er die Bergarbeit nicht aufgeben wollte, nicht entziehen konnte, „im Banne des Betriebs" stand, und daß die vorliegend unheilvolle Wirkung des dem Kläger als Heil- oder Vorbeugungsmittel verabreichten Extractum filicis als ein bei, d. h. in Verbindung mit dem Betrieb erlittener Unfall anzusehen ist. Die Behandlung des Klägers ist in dem Krankenhaus in H. vorgenommen, und es kann dem beklagten Vereine darin beigetreten werden, daß die Durchführung der Behandlung und Verpflegung in dem Krankenhaus an sich den Beklagten nicht haftbar macht. Die Ausführungen des Reichsgerichts vom 1. Oktober 1910, auf welche der beklagte Verein sich bezogen hat, treffen aber für den vorliegenden Fall nicht zu. Der Kläger hat sich die Wurmbehaftung bei der Bergarbeit zugezogen; er war genötigt, sich der Behandlung, wie sie stattgefunden hat, zu unterwerfen, zumal die Behandlung nicht allein in seinem Interesse, sondern auch zur Sicherheit des noch intakten Teiles der Belegschaft, also auch im Interesse des Betriebs, geboten und vorgeschrieben war.

Das einzige Mittel, das die ärztliche Wissenschaft gegen die Wurmkrankheit kennt und zur Anwendung bringt, ist das Extractum filicis, und wenn deshalb der beklagte Verein die Behandlung des Klägers gegen die Wurmkrankheit anordnete, dann wußte er, daß diese Behandlung notwendig in der Verabreichung jenes allein erfolgreichen Wurmmittels bestehen mußte. Eine andere Entscheidung über die Behandlung konnte der behandelnde Arzt nur dann treffen, wenn besondere körperliche Eigenschaften des Klägers die Verabreichung des Wurmmittels als wissenschaftlich nicht zulässig erscheinen ließen. Daß solche Gründe nicht vorgelegen haben, erhellt aus der Aussage des Arztes, der damals den Kläger behandelt hat.

Der beklagte Verein war statutengemäß verpflichtet, dem erkrankten Kläger freie ärztliche Behandlung zu gewähren. Da diese Behandlung nur auf eine einzige Art erfolgen konnte, macht es keinen Unterschied, ob sie durch einen angestellten Arzt des beklagten Vereins erfolgte oder in einem Krankenhause, das nicht der Leitung des Beklagten unterstand. Es kommt aber noch hinzu, daß der Arzt, der den Kläger im Krankenhaus in H. behandelt hat, ein in Diensten des beklagten Vereins stehender Arzt ist, für dessen Handlungen nicht die Krankenhausverwaltung in H., sondern der Beklagte verantwortlich ist. Hiernach ist der klagend geltend gemachte Anspruch auf die Rente aus § 25 der Statuten begründet."

Auf dieses Urteil gestützt, hat der Kläger die Zuerkennung der Unfallrente bei der beklagten Berufsgenossenschaft beantragt und gegen deren ablehnenden Bescheid die Berufung an das Schiedsgericht für Arbeiterversicherung in B. erhoben. Sie ist durch Urteil vom 19. April 1912 als unbegründet zurückgewiesen worden. Das Schiedsgericht hat ausgeführt, das Oberlandesgericht H. und das Reichsgericht hätten den Begriff des „Betriebsunfalls" verkannt. Ein Unfall müsse,

Digitized by Google

um als „Betriebsunfall" gelten zu können, sich bei einer Tätigkeit ereignet haben, welche die Zwecke des Betriebs unmittelbar oder mittelbar zu fördern bestimmt gewesen sei. Diese Voraussetzungen träfen im vorliegenden Falle nicht zu. Die Behandlung des Klägers habe in dessen eigenwirtschaftlichem Interesse und nur in diesem stattgefunden.

Gegen diese Entscheidung hat der Kläger Rekurs eingelegt. Das Reichsversicherungsamt hat aber den Rekurs zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Die Frage, welche Ursachen bei der Entstehung des von den ärztlichen Sachverständigen als Sehnervenschwund auf beiden Augen bezeichneten Leidens des Klägers mitgewirkt haben, hat das Reichsversicherungsamt ebenso wie das Urteil des Oberlandesgerichts H. vom 13. Februar 1911 beurteilt. Es ist zwar festgestellt, daß das Sehvermögen des Klägers schon vor der Wurmkur in mäßigem Grade herabgesetzt war; es haben sich jedoch keinerlei Anhaltspunkte dafür ergeben, daß bei Beginn der Kur schon eine vorgeschrittene Erkrankung der Sehnerven vorgelegen hat. Nach dem eingehenden und überzeugend begründeten Gutachten des Augenarztes Dr. R. in H. muß mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden, daß infolge der Behandlung des Klägers mit Farnkrautextrakt in der Zeit vom 7. bis 12. September 1903 das noch vorhandene, etwa 3/4 des normalen betragende Sehvermögen des Klägers vernichtet worden ist.

Die Beklagte hat den Kläger für die Erblindung dann zu entschädigen, wenn sie sich als Folge eines „Betriebsunfalls" darstellt. Dies kann jedoch nach der Ansicht des Rekursgerichts nicht angenommen werden. Die Wurmkrankheit selbst ist ihrer Entstehung und ihrem Verlaufe nach nicht als Unfall, sondern als Gewerbekrankheit anzusehen und daher auch von dem Träger der Unfallversicherung nicht zu entschädigen. Dies hat das Reichsversicherungsamt bereits wiederholt in früheren Entscheidungen ausgesprochen. Die gleiche Auffassung hat das Reichsgericht vertreten (zu vgl. Entsch. des Reichsger. in Zivils. 66 S. 433 ff.).

Sodann ist gegenüber der Bezugnahme des Klägers auf das ihm günstige Urteil des Oberlandesgerichts H. zunächst darauf hinzuweisen, daß diese Entscheidung nach dem Inhalt ihrer Gründe wesentlich mit darauf beruht, daß der Allgemeine Knappschaftsverein in B. statutengemäß zur Behandlung des Klägers an der Wurmkrankheit verpflichtet gewesen ist. Eine solche Verpflichtung bestand, da es sich, wie oben ausgeführt, bei der Wurmkrankheit an sich nicht um einen Betriebsunfall handelt, für die hier beklagte Berufsgenossenschaft nicht. In diesem wesentlichen Punkte liegen also die Voraussetzungen in der vorliegenden Streitsache gegen die Berufsgenossenschaft und in der vom Oberlandesgericht H. entschiedenen Streitsache gegen den Allgemeinen Knappschaftsverein verschieden, und schon aus diesem Grunde ist die Berufung des Klägers auf das Urteil des Oberlandesgerichts H. verfehlt. Abgesehen hiervon hat der Rekurssenat aber auch, im wesentlichen aus denselben Gründen wie das Oberversicherungsamt, nicht anerkennen können, daß der Kläger aus sich aus dem Betrieb ergebenden Gründen genötigt gewesen ist, sich der Behandlung mit Farnkrautextrakt zu unterziehen, daß er sich ihr nicht hat entziehen können und daß er deshalb während der Behandlung im Banne des Betriebs gestanden hat. Wie schon gesagt, war die beklagte Berufsgenossenschaft im vorliegenden Falle nicht verpflichtet, dem Kläger die Behandlung zuteil werden zu lassen, da es sich bei der Erwerbung der Krankheit nicht um einen Betriebsunfall gehandelt hat. Sie hat die Behandlung des Klägers auch tatsächlich nicht veranlaßt. Auch die Verwaltungen der Betriebe, in denen der Kläger zuletzt vor seiner Behandlung gearbeitet hat, sind nicht verpflichtet gewesen, seine Einweisung in das Krankenhaus und seine Behandlung dort herbeizuführen, haben dazu auch von sich aus weiter keinen Anlaß gehabt. Der § 3 der auf Grund des § 197 des Preußischen Allgemeinen Berggesetzes erlassenen Bergpolizeiordnung vom 13. Juli 1903, betreffend Maßregeln gegen die Wurmkrankheit der Bergleute, verbietet nämlich nur die Zulassung eines angelegten Arbeiters zur Arbeit unter Tage, solange nicht auf Grund einer ärztlichen Untersuchung bescheinigt wird, daß in seinem Stuhlgang Wurmeier nicht vorhanden sind. Eine Vorschrift dahin, daß die wurmbehafteten Arbeiter sich einer Wurmkur unterziehen müssen, und daß die Zechenverwaltungen dies zu veranlassen haben, enthält die Verordnung nicht. Sie erschien wohl im Hinblick darauf nicht nötig, daß der Zustand der Wurmkranken in den meisten Fällen eine Behandlung gar nicht erforderlich macht. Die Kranken können über Tage weiterarbeiten, ohne daß eine Ansteckung anderer Arbeiter oder eine Verschlimmerung in ihrem Zustand zu befürchten ist. Denn die Würmer können nur unter besonders günstigen Temperaturverhältnissen, wie sie fast ausschließlich in Bergwerken herrschen, fortkommen. Beim Fehlen dieser Lebensbedingungen sterben sie allmählich ab. Dem Kläger stand deshalb, auch ohne daß er sich der Wurmkur unterzog, jede Arbeit über Tage frei. Nur die Arbeit unter Tage war ihm unmöglich. Nur wenn er sie wieder aufnehmen wollte, mußte er sich der Wurmkur unterziehen. Der Betrieb hatte aber kein weiteres Interesse daran, daß der Kläger die Arbeit unter Tage wieder aufnahm und sich zu diesem Zwecke der Wurmkur unterzog. Das Inter-

Digitized by Google

esse des Betriebs beschränkte sich vielmehr darauf, daß das Verbot der Beschäftigung des Klägers unter Tage befolgt wurde. Damit war der weiteren Verbreitung der Krankheit durch den Kläger vorgebeugt und war der noch intakte Teil der Belegschaft gegen die Uebertragung der Krankheit durch den Kläger gesichert. Die Kur stand ganz im freien Belieben des Klägers und lag lediglich in seinem Interesse, indem er sich nach erfolgreicher Behandlung nicht auf Arbeiten über Tage zu beschränken brauchte. Er verschaffte sich mit seiner Heilung ein freieres Arbeitsfeld. Bei diesen Verhältnissen bestehen nach der Ansicht des Rekursſenats zwischen der Behandlung des Klägers wegen seiner Wurmkrankheit und der Verabreichung des Farnkrautextrakts einerseits und dem Betrieb anderseits keine ausreichenden Beziehungen, um mit dem Oberlandesgericht annehmen zu können, daß der Kläger während der Behandlung im Banne des Betriebs gestanden habe. Schon aus diesem Grunde erscheint der gegen die Beklagte erhobene Entschädigungsanspruch unbegründet.

Im übrigen würde auch, selbst wenn die erwähnte Voraussetzung als vorliegend anerkannt werden könnte, daraus keineswegs ohne weiteres der Schluß sich ergeben, daß nunmehr auch die durch die Wurmbehandlung verursachte Erblindung des Klägers sich als die Folge eines Betriebsunfalls darstellt. Der Begriff des Unfalls erfordert nach der ständigen Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts ein plötzliches, d. h. ein in einem verhältnismäßig kurzen Zeitraum eingeschlossenes Ereignis, auf welches die Körperschädigung ursächlich zurückzuführen ist (zu vgl. Handb. der Unfallverſ. 3. Aufl. I S. 69 Anm. 26 zu § 1 GUVG.). Als äußerste Grenze ist dabei bisher nur ein Zeitraum von einigen Stunden, höchstens aber eine Arbeitsschicht als ein dem Erfordernis der Plötzlichkeit noch genügender, verhältnismäßig kurzer Zeitraum angesehen worden (zu vgl. daſ. S. 26 ff.). Die Behandlung des Klägers im Krankenhaus in H. hat sich aber auf einen Zeitraum von 11 Tagen, die eigentliche Wurmkur selbst auf die Zeit vom 7. bis 12. September 1903, also über einen Zeitraum von 6 Tagen, erstreckt. Es würde daher auf keinen Fall mit dem Begriffe des Unfalls vereinbar sein, wenn man die Erblindung, falls diese das Ergebnis der während des ganzen Zeitraums fortgesetzten Behandlung in ihrer Gesamtheit wäre, als einen Betriebsunfall ansehen wollte. Die Sachlage ist nun zwar für den Anspruch des Klägers insofern eine günstigere, als seine Erblindung nachgewiesenermaßen lediglich durch die im Rahmen der sonstigen Behandlung erfolgte Verabreichung des Farnkrautextrakts verursacht worden ist. Aber auch diese Verabreichung des Arzneimittels ist an drei verschiedenen, sich auf einen Zeitraum von 6 Tagen verteilenden Tagen erfolgt, an denen der Kläger jeweils 5 g des Extrakts eingenommen hat. Es wäre denkbar, daß die Dosis eines bestimmten Tages die für die Sehnerven der Augen des Klägers schädliche Wirkung gehabt hat. Davon würde man sich überzeugen können, wenn z. B. alsbald nach der Verabreichung einer Dosis oder jedenfalls vor Verabreichung der nächstfolgenden sich krankhafte Erscheinungen — sei es der Augen selbst oder auch des Gesamtorganismus — gezeigt hätten. Dies ist aber nicht der Fall gewesen. Für die Annahme, daß gerade eine bestimmte Dosis die spätere Erkrankung verursacht hat, fehlen alle Anhaltspunkte. Der Umstand, daß bei der Entlassung des Klägers aus dem Krankenhause kein objektiver krankhafter Befund in der bezeichneten Richtung festgestellt worden ist, spricht in Verbindung damit, daß der Kläger nach seiner Entlassung noch bis zum 14. Oktober 1903 unter Tage gearbeitet und erst vom 15. Oktober 1903 ab seiner Augen wegen krank gefeiert hat, viel eher dafür, daß die insgesamt in der Zeit vom 7. bis 12. September 1903 in den Körper aufgenommenen Mengen des Farnkrautextrakts in ihrer Gesamtwirkung die Erkrankung der Augen herbeigeführt haben. Ob man unter diesen Umständen selbst unter Berücksichtigung der ganz besonderen Verhältnisse des Falles berechtigt sein würde, noch von einem hinreichend zeitlich begrenzten Unfallereignisse zu sprechen, muß mindestens zweifelhaft erscheinen. Der Rekursſenat hatte keine Veranlassung, zu dieser Frage bestimmt Stellung zu nehmen, da er, wie früher ausgeführt ist, angenommen hat, daß der Kläger sich während der Wurmbehandlung überhaupt nicht mehr im Banne des Betriebs befunden hat.

Nach dem Tode des Vaters geborene uneheliche Kinder haben keinen Anspruch auf Hinterbliebenenrente.

§ Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamts [redacted] vom 12. Mai 1914.

Nach § 588 der RVO. hat ein uneheliches Kind den ihm gemäß § 586 a. a. O. zustehenden Hinterbliebenenrentenanspruch nur, soweit der Verstorbene ihm nach gesetzlicher Pflicht Unterhalt gewährt hat. Hiernach muß das uneheliche Kind zur Zeit der Entstehung des Anspruchs, am Todestage des unehelichen Vaters, bereits geboren sein, denn nur einem bereits zur Welt gebrachten Kinde kann Unterhalt gewährt werden. Der Ansicht des Vormundes der Klägerin, das im Mutterleibe vorhandene Kind sei dadurch unterhalten worden, daß der Mutter Unterhalt gewährt worden sei, kann nicht beigetreten werden. Das noch ungeborene Kind kann für diese Frage nur als ein Teil der Mutter gelten. Der Anspruch auf Hinterbliebenenrente ist also unbegründet.

Digitized by Google

Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts.

(Heft 9 der Amtl. Nachr. vom 15. September 1914.)

Wiedereinsetzung in den vorigen Stand wegen „unabwendbaren Zufalls" wird nicht gewährt, wenn die Partei bei gehöriger Aufmerksamkeit die nachteiligen Folgen beseitigen konnte, oder wenn das Vorkommnis überhaupt nicht so geartet war, daß dafür jede Verantwortlichkeit des Betroffenen vernünftigerweise abzulehnen ist (2732 und 2733 S. 665 und 666).

Wiedereinsetzung in den vorigen Stand wird grundsätzlich nicht gewährt bei angeblich unverschuldeter Unkenntnis von der ordnungsmäßigen Zustellung der Entscheidung (2734 S. 667).

Die Versicherungsträger brauchen, wenn die Voraussetzungen der §§ 1595, 1598 RVO. nicht vorliegen, die Kosten eines vom Versicherungsamt ohne Antrag und Kostenvorschuß des Berechtigten eingeholten ärztlichen Gutachtens nicht zu erstatten, auch wenn auf Grund des Gutachtens eine abgelehnte Rente gewährt oder eine festgestellte erhöht worden ist. Im instanziellen Verfahren ist von Amts wegen zu prüfen, ob die Voraussetzungen des § 1598 vorliegen. Die Versicherungsämter sind regelmäßig nach § 1598 berechtigt, auch ausführlichere wissenschaftlich begründete Gutachten einzuholen (2735 S. 668).

Der Kassenarzt ist als ein Arzt eigener Wahl des Versicherten im Sinne des § 1595 RVO. anzusehen, wenn eine beschränkte Wahl mindestens zwischen zwei Aerzten (§ 369) möglich war. Ein Arzt ist unter Umständen auch dann ausreichend gehört (§ 1595), wenn er nur einen Befundschein über die Zeit der Behandlung erstattet hat. Der Anspruch des Versicherten aus § 1595 wird nicht schon dadurch ausgeschlossen, daß einer von mehreren Aerzten, die ihn behandelt haben, gehört ist. Zu den Beweismitteln des § 1598 gehören auch ärztliche Gutachten (2736 S. 669).

Der § 1595 RVO. gilt auch, wenn es sich um Neufeststellung einer Rente handelt. Zu den Voraussetzungen des § 1595 gehört, daß der Versicherte tatsächlich in der Behandlung eines von ihm selbst gewählten Arztes ist. Das Versicherungsamt kann Kosten für Ermittlungen nach § 1598 nur erstattet verlangen, wenn es sich gutachtlich zur Sache geäußert hat (2737 S. 672).

Die Vorschrift des § 97 der Kais. Verordg. über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter, wonach das Versicherungsamt die Erstattung seiner Barauslagen in einer Zusammenstellung von den Versicherungsträgern zu fordern hat, ist zwingend und von Amts wegen zu berücksichtigen (2738 S. 674).

Bei der Berechnung von Portokosten in Rechtshilfesachen sind auch die bundesstaatlichen Vorschriften, welche die Erstattungspflicht der Versicherungsträger einschränken, zu beachten (2739 S. 675).

Der Rentenempfänger hat dem Versicherungsträger einen Wohnungswechsel mitzuteilen. Solange dies nicht geschehen ist, kann er sich, wenn er Reiseentschädigung für eine vom Versicherungsträger angeordnete ärztliche Untersuchung verlangt, nicht darauf berufen, daß er verzogen ist. Bei der Berechnung der Reiseentschädigung ist der wirkliche Verdienstausfall ohne Rücksicht auf die Rente zugrunde zu legen (2740 S. 675).

Die Oberversicherungsämter dürfen auch einen Teil einer aus § 97 der Kais. Verordg. über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter erhobenen Beschwerde nach §§ 1799, 1693 RVO. an das Reichsversicherungsamt abgeben. — Kanzleigebühren gehören nicht zu den nach § 59 Abs. 2 RVO. von den Versicherungsträgern zu erstattenden Barauslagen des Verfahrens, wohl aber die Portokosten. — Die Form der Zustellungen ist, soweit das Gesetz nichts ausdrücklich bestimmt, dem pflichtmäßigen Ermessen des Versicherungsamts überlassen. — Die Beförderung von Sendungen des Versicherungsamts mittels einer Einrichtung der Behörde, bei der das Versicherungsamt errichtet ist, verursacht keine erstattungspflichtigen Barauslagen des Verfahrens (2741 S. 676).

Die Ermittlung der bei einer Berufsgenossenschaft zu versichernden Betriebe gehört nicht zu den eigenen Aufgaben des Versicherungsamts. — Die Pflicht der Versicherungsträger, bare Auslagen zu erstatten, reicht in Rechtshilfesachen grundsätzlich ebensoweit wie in Spruchsachen des Versicherungsamts. — Gewöhnliche Verwaltungskosten des Versicherungsamts gehören nicht zu den nach § 117 RVO. zu erstattenden Barauslagen (2742 S. 681).

Die Versicherungsträger haben für die Uebersendung einer beim Versicherungsamt eingegangenen Einspruchsschrift keine Kosten zu erstatten (2743 S. 682).

Streit über die Kosten einer vom Versicherungsamte gewährten Rechtshilfe hat die Aufsichtsbehörde des Versicherungsträgers zu entscheiden. Es gehört nicht zu den eigenen Aufgaben des Versicherungsamts, die Zustimmung des Rentenempfängers zu einer Kapitalabfindung (§ 616 RVO.) herbeizuführen. Wird der Verletzte auf Ersuchen des Versicherungsträgers vom Versicherungsamt wegen der Kapitalabfindung gehört, so kann er Vergütung für bare Auslagen und Zeitverlust verlangen (2744 S. 682).

Digitized by Google

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Fortdauer versicherungspflichtiger Beschäftigung während Urlaubs.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 9. Juni 1914 (1885 Amtl. Nachr. 1914 S. 655).

Die Firma M. gewährt ihren Arbeitern unter bestimmten Voraussetzungen einen jährlichen Urlaub von ein bis zwei Wochen und für seine Dauer eine Vergütung von 30 bis 60 M. Streitig ist, ob die Firma während des Urlaubs Beiträge zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung für die Arbeiter zu entrichten hat. Das war in Uebereinstimmung mit dem Versicherungsamte zu bejahen.

Die Beitragspflicht setzt nach § 1226 Abs. 2 RVO. voraus, daß der zu Versichernde gegen Entgelt, also namentlich gegen Gehalt oder Lohn, beschäftigt ist. Der tatsächlichen Beschäftigung steht die ständige Dienstbereitschaft gleich (zu vgl. Ziff. 9 Abs. 2 der Anleit. des RVA. über den Kreis der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen, Amtl. Nachr. des RVA. 1912 S. 721). Eine solche ist vorliegend für die Dauer des Urlaubs anzunehmen. Es handelt sich durchweg um Arbeiter, die schon mehrere Jahre bei der Firma beschäftigt sind und nach Ablauf des Urlaubs in den Dienst der Firma zurückzukehren pflegen. Naturgemäß müssen sie sich während des Urlaubs zur Verfügung der Firma halten. Das hat auch der Kontrollbeamte der Landesversicherungsanstalt in seinem Bericht an diese vom 28. Juni 1912 auf Grund einer Rücksprache mit dem die Markenverwendung besorgenden Buchhalter der Firma hervorgehoben. Daß tatsächlich, wie die Firma angibt, bisher noch kein Arbeiter vor Ablauf seines Urlaubs zur Dienstleistung bei der Firma herangezogen wurde, ist unerheblich. Ferner wird den Arbeitern während des Urlaubs Lohn gewährt. Dieser Begriff ist in weitem Sinne zu nehmen. Er umfaßt jede Zuwendung, die der Beschäftigte nach den Umständen als Entgelt für seine Tätigkeit ansehen kann, gleichviel ob ein Rechtsanspruch auf sie besteht oder nicht (zu vgl. Ziff. 22 der bezeichn. Anleit.). Auch sogenannte Gratifikationen stellen sich nicht selten als Lohn dar (zu vgl. die Anleit. a. a. O.). Vorliegend wird die Vergütung von 30 bis 60 M. nach den Angaben der Firma den Arbeitern deshalb gewährt, damit sie den Urlaub zur Kräftigung ihrer Gesundheit benutzen können. Sie bildet also eine Unterstützung für die Zeit des Urlaubs. Da sich die Arbeiter während dieser Zeit zur Verfügung der Firma halten müssen, stellt sie sich zugleich als eine Entschädigung hierfür dar. Daran ändert auch der Umstand nichts, daß die Vergütung auch nichtbeurlaubten Arbeitern gezahlt wird. Auch für sie ist die Vergütung als Lohn anzusehen. Denn sie bildet einen Entgelt dafür, daß die Arbeiter unter Verzicht auf den Urlaub ihre Arbeit bei der Firma fortsetzen.

Entziehung der Rente wegen Ablehnung der Nachuntersuchung (§ 1306 RVO.); nachträgliche Bereiterklärung.

Rev.-Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 25. Mai 1914 (1878 Amtl. Nachr. 1914 S. 632).

Selbst wenn aber die Feststellung des Oberversicherungsamts, daß der Kläger sich ohne Grund einer Nachuntersuchung entzogen habe, nicht zu beanstanden wäre, unterläge das angefochtene Urteil dennoch der Aufhebung aus folgenden Gründen. Zu dem von dem Kläger in der Berufungsinstanz wiederholt gestellten Antrag auf nochmalige Zulassung zur Untersuchung durch den Kreisarzt Dr. F. hat das Oberversicherungsamt keine Stellung genommen. Es ist offenbar davon ausgegangen, daß im Falle des § 1306 RVO. das Berufungsverfahren sich ausschließlich auf die Nachprüfung der Rechtmäßigkeit des Entziehungsbescheids beschränkte und eine von dem Versicherungsträger geforderte, von dem Rentenempfänger bis zum Erlasse des Entziehungsbescheids grundlos verweigerte ärztliche Untersuchung in der Berufungsinstanz nicht mehr nachgeholt werden könne. Diese Auslegung, nach der § 1306 eine reine Strafnatur haben würde, ist nicht zutreffend.

§ 1306 RVO. ist aus § 47 Abs. 2 Satz 3 JVG. hervorgegangen. Danach konnte einem Invalidenrentenempfänger, der sich einem von der Versicherungsanstalt angeordneten Heilverfahren ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund entzog, die Invalidenrente auf Zeit ganz oder teilweise entzogen werden, sofern auf die Folgen hingewiesen und nachgewiesen war, daß er durch sein Verhalten die Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit vereitelt hatte. § 1294 des Entwurfs (§ 1306 RVO.) wollte den bisherigen Rechtszustand übernehmen. Die Reichstagskommission trat dem zwar bei, fügte aber dem § 1294 des Entwurfs auf den Antrag Nr. 430 Ziff. 3 die Worte ein „oder entzieht er sich ohne Grund einer Nachuntersuchung oder Beobachtung in einem Krankenhause", dehnte also die Vorschrift des

Digitized by Google

§ 47 Abs. 2 Satz 3 IVG. über die Verwirkung der Rente bei Widersetzlichkeit des Rentenempfängers auf die erwähnten Fälle aus. Wie sich aus der Entstehungsgeschichte des § 47 Abs. 2 Satz 3 ergibt, sollte mit der Rentenentziehung auf Zeit ein heilsamer Zwang auf die Rentenempfänger ausgeübt werden, sich der von der Landesversicherungsanstalt geforderten Heilbehandlung zu unterziehen. In der Kommissionsberatung über den Entwurf eines Invalidenversicherungsgesetzes wurde ein zu § 33 des Entwurfs (§ 47 IVG.) gestellter Antrag auf Streichung des zweiten Absatzes, der nach Ansicht des Antragstellers zu Härten und zu Belästigungen der Rentenempfänger führen könne, abgelehnt, „da ein gewisser Zwang hier ebenso heilsam und angebracht sei, wie da, wo es sich um vorbeugende Maßnahmen handle" (zu vgl. Drucks. des Reichst., 10. LegPer. I. Sess. 1898/99 Nr. 270 S. 93). Die gleiche Erwägung trifft für den ganzen Inhalt des § 1306 RVO. zu. Kommt hiernach dem durch diese Vorschrift angedrohten Nachteil nicht die Natur einer reinen Strafe, sondern mehr die eines Zwangsmittels zur Erreichung eines von dem Versicherungsträger angestrebten Erfolges zu, so würde es mit dem Zwecke dieser Vorschrift nicht vereinbar sein, wollte man in der Berufungsinstanz, in der neue Tatsachen und Beweismittel ohne Einschränkung vorgebracht werden können, eine Nachholung der verweigerten Untersuchung nicht mehr zulassen. Hat sich der Rentenempfänger nach Erlaß des Entziehungsbescheids bereiterklärt, der geforderten Nachuntersuchung sich zu unterwerfen, so liegt für die weitere Anwendung des § 1306 RVO. kein Grund mehr vor. Es ist vielmehr dem Rentenempfänger zur Vornahme der Nachuntersuchung alsbald Gelegenheit zu geben. In diesem Sinne wurde auch bereits § 23 Abs. 2 GUVG. ausgelegt, dem die Vorschrift des § 47 Abs. 2 IVG. zum Vorbild gedient hat (zu vgl. die Rekursentsch. 2000, Amtl. Nachr. 1903 S. 468 und die Begr. zu § 7a des Entwurfs des GUVG., Verhandl. des Reichst., 10. LegPer. I. Sess. 1898/1900 Anlagenband IV S. 3081). In der Rekursentscheidung 2000 ist ausgeführt, daß es dem Verletzten freistehe, solange das Heilverfahren möglich sei und ihm offengehalten werde, sich nachträglich der Heilanstaltsbehandlung zu unterziehen und damit die weitere Wirkung des auf Grund des § 23 Abs. 2 GUVG. erlassenen Bescheids zu beseitigen. Mit der in der Berufungsinstanz nachgeholten Nachuntersuchung würde also nicht der Entziehungsbescheid an sich wirkungslos werden. Das würde offenbar nicht der Absicht des Gesetzgebers gerecht werden, da alsdann der Rentenbewerber es in der Hand hätte, durch Widersetzlichkeit eine ärztliche Nachuntersuchung und damit die Nachprüfung der Invalidität zum Nachteil des Versicherungsträgers unter Umständen längere Zeit hinauszuschieben. Insofern kommt also dem § 1306 RVO. auch die Natur einer Strafvorschrift zu, als der Rentenbewerber für seinen anfänglichen Widerstand durch die ganze oder teilweise Rentenversagung bis zum Wegfall der Weigerung bestraft werden soll. Da der nähere Zeitpunkt der Nachuntersuchung meist nicht von dem Willen des Rentenbewerbers abhängt, sondern auch durch außerhalb seines Willens liegende Umstände, namentlich solche in der Person des mit der Nachuntersuchung betrauten Arztes oder, wie hier, durch eine mit dem Gesetze nicht zu vereinbarende Auffassung einer Versicherungsbehörde verzögert werden kann, so ist billigerweise dem Rentenentziehungsbescheide nicht von dem Zeitpunkt der Nachuntersuchung, sondern von dem der Bereiterklärung ab die weitere Wirkung zu versagen. Hierbei ist allerdings die Bereiterklärung nur zu beachten, wenn sie ernstlich ist. Ob dies der Fall ist, muß jeweils unter Berücksichtigung der gesamten Umstände geprüft werden. Regelmäßig wird die Bereiterklärung dann als ernst gemeint anzusehen sein, wenn der Versicherte der daraufhin an ihn ergehenden Aufforderung zur Nachuntersuchung Folge leistet.

Das Oberversicherungsamt hätte daher, wenn es erneut zu der Feststellung gelangen sollte, daß der Entziehungsbescheid an sich zu Recht ergangen ist, dem Kläger Gelegenheit zur Nachuntersuchung zu geben. Sollte sich dann der Kläger der Nachuntersuchung unterziehen und die Annahme begründet sein, daß er bereits im September und Oktober 1913 ernstlich gewillt war, sich ärztlich nachuntersuchen zu lassen, so würde im vorliegenden Falle, da die Bereiterklärung zur Nachuntersuchung vor dem 1. November 1913, dem Zeitpunkt, in dem der Entziehungsbescheid vom 8. September 1913 Wirksamkeit erlangt hat, erfolgt ist, dieser Bescheid nach den oben entwickelten Grundsätzen gänzlich aufzuheben sein.

Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts.

(Heft 9 der Amtl. Nachr. vom 15. September 1914.)

Zur Annahme eines Anerkenntnisses seitens des Ueberwachungsbeamten (§ 1445 Abs. 2 Satz 2 RVO.; Rev.Entsch. 1736, Amtl. Nachr. 1913 S. 596) ist erforderlich, daß ein dem Beamten zweifelhafter Einzelfall vorgelegen hat, in dem er nach Prüfung der Tatumstände zu der Frage der Versicherungspflicht oder -berechtigung in einer für die Beteiligten unzweideutigen Form eine für den Anstaltsvorstand bindende Stellung genommen hat. Dies ist nicht schon beim Aufdruck des Kontroll-

Digitized by Google

stempels in die Quittungskarte sowie beim Entwerten der Beitragsmarken durch den Ueberwachungsbeamten der Fall. — In der Einziehung von Beiträgen durch die Einzugsstelle ist ein die Versicherungsanstalt bindendes Anerkenntnis im Sinne des § 1445 Abs. 2 Satz 2 RVO. nicht zu erblicken (1891 S. 685).

Die Verweisung einer Sache an den Großen Senat ist auch dann gerechtfertigt, wenn die grundsätzliche Entscheidung, von der abgewichen werden soll, nicht ausdrücklich als grundsätzlich bezeichnet und nicht veröffentlicht worden ist. — § 28 Abs. 5 der Kaiserl. Verordg. über Geschäftsgang und Verfahren der Oberversicherungsämter steht dem Erlaß eines Urteils zuungunsten einer im Termine nicht erschienenen und nicht vertretenen Partei nicht entgegen, wenn sie von der bevorstehenden Beweisaufnahme ordnungsmäßig benachrichtigt war (1892 S. 689).

Erklärt der Revisionskläger seine Invalidität für beendet, so ist die Revision auch dann unzulässig, wenn die Erklärung sich auf einen nach der Entscheidung des Oberversicherungsamts liegenden Zeitpunkt erstreckt (1993 S. 691).

Der Grundsatz, daß eine mit vorübergehender Erwerbsunfähigkeit verbundene Krankheit auch über die ersten 26 Krankheitswochen hinaus bis zur Erfüllung der Wartezeit für die Krankenrente anzurechnen ist (Rev.Entsch. 817 Amtl. Nachr. 1900 S. 673), kann nach § 1236 RVO., verglichen mit § 5 Abs. 4 JVG. nicht mehr aufrecht erhalten werden (1894 S. 693).

Häusliche Gemeinschaft im Sinne der §§ 1302, 1303 RVO. setzt im allgemeinen räumliches Zusammenleben voraus. Sind Bezugsberechtigte nach diesen Vorschriften nicht vorhanden, so tritt Erbfolge nach bürgerlichem Recht ein (1895 S. 694).

Freiwillig bleibt der gewöhnliche Aufenthalt des Rentenberechtigten im Auslande (§ 1313 Nr. 1 RVO.) auch bei Unmöglichkeit der Rückkehr, wenn der Wille zur Rückkehr fehlt (1896 S. 703).

Nach § 1617 RVO. entscheidet der Vorsitzende des Reichsversicherungsamts nicht nur über den Inhalt und Umfang, sondern auch über die Form der zur Klarstellung des Sachverhalts erforderlichen Erörterungen nach freiem Ermessen; eine formelle Beweiserhebung nach § 1652 ist hiernach nicht in allen Fällen erforderlich (1897 S. 703).

Halten sich im Berufungsverfahren zwei Oberversicherungsämter für örtlich unzuständig, so ist das zuständige nach § 1640 durch das Reichsversicherungsamt (Landesversicherungsamt) zu bestimmen (1898 S. 706).

Ein Oberhäuer ist — nach den besonderen Umständen seines Beschäftigungsverhältnisses — als Betriebsbeamter anzuerkennen (1899 S. 707).

Hessische Feldgeschworene sind nicht versicherungspflichtig (1900 S. 708).

E. Zur Angestelltenversicherung.

Lohnschreiber auf einem Bau als Bureauangestellter versicherungspflichtig.

Entsch. des Rentenausschusses Berlin vom 25. April 1914.

Nach dem Tatbestand wurde S., abgesehen von gelegentlichen unerheblichen Hilfeleistungen technischer Art, ausschließlich mit schriftlichen Arbeiten beschäftigt. Er ist somit zur Klasse der Bureauangestellten zu rechnen. Der Umstand, daß er einem gewerblichen Angestellten, dem Betonmeister, unterstellt war, und daß er seine Schreibarbeiten nicht in einem besonderen Bureau, sondern auf der Baustelle ausführte, ist unwesentlich. Seine Tätigkeit, die Bearbeitung der Lohnlisten und die Ausfüllung von Tagesberichtsvordrucken, gewinnt durch diese besonderen Umstände nicht den Charakter einer Nebentätigkeit des technischen Gewerbebetriebes, denn sie befaßte sich mit der rein technischen Seite des Betriebes so gut wie gar nicht. Es handelte sich hier also unzweifelhaft um die Tätigkeit eines Bureauangestellten.

Die Versicherungspflicht ist daher von der Entscheidung der Frage abhängig, ob seine Dienstleistungen als „niedere oder lediglich mechanische" im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte anzusehen waren. Daß S. die geschilderte Tätigkeit im Hauptberuf ausübte, ist unbedenklich festzustellen und auch von keiner Seite in Zweifel gezogen worden.

Zu den mit „niederen" Arbeiten beschäftigten Bureauangestellten zählte S. zweifellos nicht, denn unter solchen Dienstleistungen sind nach dem Willen des Gesetzgebers nicht Schreibarbeiten, sondern Botendienste, Reinigungs-, Aufräumungs- und ähnliche Arbeiten zu verstehen (vgl Kommissionsbericht S. 68, 70. Stenographischer Bericht S. 8182). Es bleibt daher zu prüfen, ob er zu den Personen gehörte, die „mit lediglich mechanischen Dienstleistungen" befaßt sind.

Aus den in der Kommission und den Verhandlungen des Reichstages seitens der Abgeordneten und der Regierungsvertreter zum Ausdruck gebrachten Meinungen geht hervor, daß es in der Absicht des Gesetzgebers lag, die mit schriftlichen Arbeiten Beschäftigten in weitem Umfange in den Kreis der nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte versicherungspflichtigen Personen einzubeziehen. Ausgeschlossen sollten lediglich diejenigen Schreiber sein, die „nur mit gewöhnlichen Schreibarbeiten

Digitized by Google

beschäftigt werden" (Kommissionsbericht S. 8 und 10) und „nichts weiter zu tun haben, als mechanisch abzuschreiben" (Stenographischer Bericht S. 8182). Besonders hervorgehoben wurde, daß Schreiber, die mit der Anfertigung von Schriftsätzen, Kostenrechnungen und dergleichen beschäftigt würden, als versicherungspflichtige Personen zu gelten hätten (Kommissionsbericht S. 8), und daß ferner das so einfach erscheinende Ausfüllen von Vordrucken sich häufig als eine nicht mechanische Arbeit darstelle, die ein nicht geringes Maß von geistiger Anstrengung erfordere (Kommissionsbericht S. 68). Danach ist das Führen der Lohnliste und insbesondere das Abfassen der täglichen Berichte über den Fortgang der Arbeiten usw. zweifellos als nicht mechanisch anzusehen. In den Berichten war neben der Arbeitszeit, dem Wetter, der Zahl der auf der Baustelle beschäftigten Bauführer-Meister und Arbeiter zunächst Veränderungen im Arbeiterstande durch Anstellen und Entlassen von Arbeitern oder Abgeben von Arbeitern an andere Baustellen zu vermerken. Weiter waren die Einzelleistungen jedes auf der Baustelle Beschäftigten, im Tagelohn ausgeführte Arbeiten, der Ein- und Ausgang von Materialien, Maschinen usw. sowie der Abgang von leeren Säcken anzugeben. Endlich war ein allgemeiner Bericht über Verfügungen und Anordnungen der Bauleitung, über Baustörungen, über Besuch der Baustelle während des Arbeitstages u. a. m. zu erstatten. Es handelte sich bei diesen schriftlichen Arbeiten also keineswegs um ein bloßes Abschreiben oder mechanisches Wiedergeben bereits vorhandenen Stoffes, sondern um eine Arbeitsleistung, die einerseits eigenes geistiges Tätigwerden, andererseits bei der Wichtigkeit der Lohnlisten und Berichte — bildeten doch z. B. die Lohnlisten die Grundlage für die gesamte Lohnzahlung — erhebliche Sorgfalt und Aufmerksamkeit sowie richtige Auffassung von Bedeutung und Zweck der einzelnen Eintragungen erforderte.

Hieran wird auch dadurch nichts geändert, daß der Angestellte seine Tätigkeit auf Anweisung und unter Anleitung des Betonmeisters verrichtete. Sie konnten naturgemäß nicht so eingehend sein, daß nicht für ein eigenes Tätigwerden des Angestellten in der Wortfassung und in der Einordnung der einzelnen Angaben ein erheblicher Spielraum geblieben wäre. Eine vollkommen selbständige Stellung und Arbeit ist bei den Bureauangestellten keine notwendige Voraussetzung der Versicherungspflicht.

Somit war die Versicherungspflicht des Angestellten gemäß § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte zu bejahen.

Sprechsaal.

Gehören die in Krankenhäusern hauswirtschaftlich Beschäftigten zu den Dienstboten?

(Aus einem Gutachten.)

Das Reichsgericht hat angenommen, daß die Privatkrankenanstalt eines Arztes ein Gewerbebetrieb nur dann ist, wenn sie als selbständiges Mittel zur Erzielung einer dauernden Einnahmequelle, nicht bloß zur Ermöglichung oder Beförderung der ärztlichen Tätigkeit gehalten wird (Jur. Wochenschr. 1904 S. 492; vgl. auch Arb.-Vers. 1911 S. 514). Ist ein Gewerbebetrieb nach den Umständen nicht anzunehmen, so folgt daraus selbstverständlich noch keineswegs, daß die in einer solchen Anstalt mit niederen häuslichen Diensten beschäftigten Personen „Dienstboten" im gesetzlichen Sinne sind. Denn es gehört zum Begriffe des Dienstboten, daß er in die häusliche Gemeinschaft des Arbeitgebers aufgenommen sein muß (zu vgl. Ziff. 40 der Anleit. des RVA. vom 26. April 1912). Es genügt nicht, daß die Angestellten irgendeines Betriebes in einer Art von Hausgemeinschaft stehen, sondern es muß die häusliche Gemeinschaft des Arbeitgebers sein, in die sie mit aufgenommen sind, also eine Gemeinschaft im Hausstande des Arbeitgebers selbst, der gleichfalls dieser Gemeinschaft angehört und an ihr persönlich oder durch Vertreter teilnimmt. Das kann beim privaten Krankenanstaltsbetrieb eines Arztes unter Umständen zutreffen, wird aber meistens nicht der Fall sein. Aber auch wo es zutrifft, ist zu beachten, daß unter „häuslichen" Diensten im Sinne der Gesindeordnungen solche Dienste zu verstehen sind, die für den persönlichen Bedarf des Arbeitgebers oder seiner Familie, im Gegensatz zu den Zwecken seines Berufes (mag dieser auch ein eigentliches „Gewerbe" nicht sein), geleistet werden. Deshalb werden die Bediensteten einer Krankenanstalt des Arztes — auch Stubenmädchen, Köchinnen, Küchenmädchen — selbst dann nicht zu den Dienstboten zu rechnen sein, wenn der Arzt die Anstalt im wesentlichen nur zum Zwecke der Beförderung seiner ärztlichen Praxis unterhält.

Gleiches gilt von Krankenanstalten anderer Art. Werden sie von Privaten zu Erwerbszwecken betrieben, so sind die darin Beschäftigten Gewerbegehilfen, nicht Dienstboten. Ist der Unternehmer ein Verein, insbesondere etwa eine Wohltätigkeitsanstalt, so fehlt es an einem Hausstande des Arbeitgebers, in dessen häusliche Gemeinschaft die Beschäftigten aufgenommen sein könnten. Allerdings kann namentlich dann, wenn der Arbeitgeber eine juristische Person (Staat, Gemeinde, rechtsfähiger Verein usw.) ist, die Frage aufgeworfen werden, ob nicht eine juristische Person, ebensowohl wie eine natürliche, einen Hausstand haben könne, so daß von einer Aufnahme der Beschäftigten in die häusliche Gemeinschaft des Arbeitgebers gesprochen werden könnte, wenn dieser im Hausstande durch eine natürliche Person, die ihn leitet, vertreten wird (etwa durch den Hausvater oder durch eine Oberin usw.). Die Frage ist streitig. Unter dem Gesichtspunkt des Gesinderechts wird sie bejaht von Gerhard, Die Preußischen Gesindeordnungen, Bd. 1 S. 27, da-

Digitized by Google

gegen verneint von Jacobi, Preuß. Gesindeordnung (3. Aufl.) S. 45. Die gleiche Frage taucht auch im bürgerlichen Recht im Hinblick auf § 617 BGB. auf. Hier wird sie im allgemeinen bejaht; so insbesondere von Schultzenstein im Archiv für bürgerl. Recht Bd. 23 S. 267, 268 im Zusammenhange mit seiner grundsätzlichen Auffassung, daß die Aufnahme in die häusliche Gemeinschaft wesentlich nur die Unterstellung des Dienstverpflichteten in seinem dienstlichen und außerdienstlichen Verhalten unter die Hausordnung des Berechtigten erfordere. Dabei ist aber zu beachten, daß § 617 BGB. eine umfassende Bedeutung hat und sich keineswegs auf Dienstboten beschränkt. Stehen Dienstboten in Frage, so sind die Gesindeordnungen zur Bestimmung der Begriffsmerkmale heranzuziehen, und diese beruhen nach der Rechtsentwicklung in Deutschland auf einer familienrechtlichen Auffassung des Gesindeverhältnisses. Insbesondere hat das Preuß. Allgem. Landrecht die Beziehungen zwischen Herrschaft und Gesinde im unmittelbaren Anschluß an das Familienrecht (im engeren Sinne) behandelt. Wo also, wie bei einer juristischen Person als Arbeitgeber, Familienbeziehungen nicht in Frage kommen können, kann auch von einem Gesindeverhältnis nicht die Rede sein, weil es an der Voraussetzung für die Aufnahme in eine häusliche Gemeinschaft des Arbeitgebers im Sinne des Gesinderechts fehlt, wie es auch an der anderen Voraussetzung fehlt, daß es sich um Dienste für die persönlichen Bedürfnisse des Arbeitgebers oder seiner Familie handeln muß, im Gegensatz zu Diensten für Zwecke eines Berufs, insbesondere eines Gewerbes oder sonstigen Betriebes.

Von dieser letzteren Voraussetzung gibt es nur eine Ausnahme. Bei der Landwirtschaft sind Betrieb und Hauswirtschaft regelmäßig nicht zu sondern, und es entspricht der geschichtlichen Entwicklung, daß man hier die in den Hausstand der Herrschaft aufgenommenen Bediensteten dem Gesinde zurechnet, auch soweit sie für den Beruf der Herrschaft, den landwirtschaftlichen Betrieb, tätig sind. In allen anderen Fällen ist an der Unterscheidung festzuhalten.

Nach alledem sind Personen, die in einer Krankenanstalt zwar in der Art wie häusliche Dienstboten, aber für die Zwecke des Anstaltsbetriebs beschäftigt werden, nicht zu den Dienstboten zu rechnen.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Kriegskrankenkassen.

In einer von der „Gesellschaft für soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik" zu Berlin einberufenen Versammlung wurde nach einem Vortrage des Herrn Geh. Reg.-Rat Prof. Dr. P. Mayet beschlossen:

> Die verbündeten Regierungen zu bitten, während der Dauer des Krieges den Familien der Kriegsteilnehmer, sowie den Arbeitslosen, den Erwerbslosen und ihren Familien im Falle Bedürftigkeit, unter Aufbringung der Mittel durch das Reich oder die Gesamtheit der Versicherungsanstalten der Invaliden- und der Hinterbliebenenversicherung, durch reichsgesetzliche Krankenkassen vermittelt, Krankenhilfe, Wochenhilfe und Sterbegeld zu gewähren.

Der Vortragende legte der Versammlung eine Reihe von Leitsätzen vor, die in erfreulicher Einmütigkeit besprochen wurden und mit der Resolution den verbündeten Regierungen als Material überreicht werden sollen. Man hat, um die Sache in Gang zu bringen, diesen Weg gewählt, weil es nur eine Verzögerung bedeuten würde, wollte man den Zusammentritt des Reichstags und die Beratung der Angelegenheit innerhalb der einzelnen Parteien zum Zwecke eines Initiativantrages abwarten. Bei der zweifellos vorliegenden Dringlichkeit hofft man, daß dem Reichstag schon bei seinem bevorstehenden Zusammentritt eine entsprechende Vorlage gemacht werden wird, deren Annahme wohl außer Frage stehen dürfte.

Die Unterstützungen, welche die bedürftigen Familien der Kriegsteilnehmer von Reich, Kommune und aus privater Hand erhalten, reichen nur knapp aus, der dringendsten Not unter regelmäßigen Verhältnissen zu begegnen. Wird die Not durch außerordentliche Umstände, wie Wochenbett, Krankheit oder Todesfall in der Familie, verschärft, so bedarf es auch außerordentlicher anderer Maßnahmen. Zu diesem Zwecke sollen die Kriegskrankenkassen gegründet werden

Dem Zwecke entsprechend sollen die Leistungen der Kassen in unmittelbarer Gewährung von Arzt, Arznei, Hebeamme, ev. auch Hauspflege oder Krankenhausbehandlung bestehen. Die Uebernahme der Kosten auf das Reich dürfte bei der Verschiedenartigkeit in den Verhältnissen der Gemeinden der Gerechtigkeit entsprechen, auch geboten sein, um die Kassen auf eine unbedingt sichere Grundlage zu stellen. Die Organisation muß eine weitschauende sein, sie wird sich am besten an die der reichsgesetzlichen Krankenkassen anlehnen. Die Aufwendungen, welche von den Kriegskrankenkassen zu machen sein werden, berechnet Mayet, indem er 2 Millionen unterstützungsbedürftige Familien im Reich annimmt, auf etwa 100 Millionen Mark im Jahr. Auch diese Summe wird das Reich noch aufzubringen vermögen. Die bedeutenden Rücklagen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, evtl. auch der Angestelltenversicherung, werden dem Zwecke nötigenfalls dienstbar gemacht werden können. Beide Versicherungszweige dürften an der Gründung der Kriegskrankenkassen ein lebhaftes Interesse haben.

Wenn wir einstweilen von der keineswegs einfachen Frage der organisatorischen Ausgestaltung der „Kriegskrankenkassen" absehen, so können wir dem Gedanken an sich unsere volle Sympathie nicht versagen. Schwierigkeiten finanzieller und technischer Art sind nicht zu verkennen, aber sie erscheinen nicht unüberwindlich. Gerade unsere Zeit lehrt wieder einmal eindringlich: Wo ein Wille ist, da ist auch ein Weg. Und wir hoffen, daß auch ein Weg gefunden werden wird, der im besten Sinne sozialen Idee der „Kriegskrankenkassen" zu segensreicher Verwirklichung zu verhelfen.

Digitized by Google

Geschäftsbericht des Kaiserlichen Aufsichtsamts für Privatversicherung für 1913.

(Gbg.) Nach dem kürzlich zur Ausgabe gelangten Jahresbericht entfielen von den gemäß § 3, Abs. 1 VAG. der Aufsicht des Amtes unterliegenden 1156 (im Vorjahre 1177) Versicherungsvereinen 297 auf bayerische (darunter 3 frühere eingeschriebene Hilfskassen), 677 auf hessische (darunter 72 frühere eingeschriebene Hilfskassen), 1 auf mecklenburgisch-strelitzsche, 82 auf schaumburg-lippische und 99 auf lippische Vereine (darunter 7 frühere eingeschriebene Hilfskassen). Die Zahl derjenigen Unternehmungen, welche gemäß § 3, Abs. 2 VAG. den Landesbehörden überwiesen worden sind, ist von 309 auf 311 gestiegen. Der Aufsicht des Amtes unterstanden an ausländischen Versicherungsunternehmungen 2 belgische, 5 dänische, 23 englische, 4 französische, 4 niederländische, 13 österreichisch-ungarische, 2 schwedische, 9 schweizerische, 1 kanadische und 5 amerikanische.

In der Lebens- und Krankenversicherung hatte das Aufsichtsamt 1051 Beschwerden zu erledigen. Davon entfielen auf die großen Versicherungsunternehmungen 455, auf die kleinen Versicherungsunternehmungen: a) Kranken- und Sterbegeldversicherung 557, b) Sterbegeldversicherung 15, c) Pensionsversicherung 24. Die Beschwerden sind gegen das Vorjahr um insgesamt 395 gestiegen, davon entfielen auf die Kranken- und Sterbegeldversicherung allein eine Zunahme von 262. Die meisten Beschwerden liefen hierbei von Mitgliedern früherer eingeschriebenen Hilfskassen ein. Nach Ansicht des Aufsichtsamts ist es nicht ausgeschlossen, daß die Zahl der Beschwerden hier noch weiter steigt, zumal die bei den früheren eingeschriebenen Hilfskassen eingetretene Veränderung der Rechtslage noch manche Beschwerden und Zweifel bei den Mitgliedern hervorrufen wird. Bei der Berichterstattung über die Hilfskassen wird dann u. a. noch darauf hingewiesen, daß im Interesse der Versicherten darauf gesehen wird, daß ein Gerichtsstand für Klagen gegen die Kasse auch bei dem Gericht der örtlichen Verwaltungsstelle begründet worden, ja daß sich schon Kassen bereit gefunden hätten, einen Gerichtsstand am Wohnsitze des Mitgliedes einzuführen. Werden die Beiträge mindestens monatlich gezahlt, dann muß der Kündigung bzw. Ausschlusse eine Mahnung vorangehen. Alle Versuche von Kassen, die Mitgliedschaft nach einem Schadenfalle zu kündigen, sind zurückgewiesen worden, kurz, die Interessen der Versicherten hat man in jeder Beziehung seitens des Amtes gewahrt. Erwähnt wird dann noch, daß nach Inkrafttreten des zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung eine Anzahl früherer Hilfskassen aus Mangel an Mitglieder ihre Auflösung beschlossen, andere sich vorher in Zuschußkassen umgewandelt haben. Auch große Kassen haben zahlreiche Mitglieder verloren, und es bleibe abzuwarten, ob sämtliche zugelassene Ersatzkassen sich werden halten können.

Einen in sozialpolitischer Hinsicht bemerkenswerten Versuch hat eine Gegenseitigkeitsgesellschaft mit der Einführung der Mutterschaftsversicherung gemacht. Die Gesellschaft beabsichtigt in der Hauptsache Kollektivversicherungen mit Frauenvereinen abzuschließen, wobei die Vereine als Versicherungsnehmer auftreten sollen. Doch ist auch die Einzelversicherung gegen erhöhte Prämie zugelassen. Die Beiträge fließen nach den Bestimmungen des Geschäftsplans drei getrennten Fonds zu. Die Bestände dieser Fonds werden nach versicherungstechnischen Grundsätzen alljährlich verteilt und zur Zahlung von Entbindungsgeldern, Stillprämien und Bonifikationen für Mütter, die bereits zwei oder mehr lebende Kinder haben, verwendet. Die Gesellschaft sagt keine bestimmte Versicherungsleistung zu, sondern verpflichtet sich nur, als Entbindungsgeld mindestens das Doppelte des hierfür entrichteten Jahresbeitrags zu zahlen. Die Wartezeit beträgt, abgesehen von Frühgeburten, neun Monate. Die Versicherung ist an dem Gewinne der Gesellschaft nicht beteiligt.

Das Neueste auf dem Gebiete des Versicherungswesens dürfte die Einführung einer Ledigenversicherung sein. Nach dem Bericht hat eine Lebensversicherungsaktiengesellschaft eine Erlebensfallversicherung weiblicher Personen aufgenommen, bei der dem versicherten Mädchen eine beim 37. Lebensjahre beginnende lebenslängliche Rente gewährt wird, sofern es zu dieser Zeit noch ledig ist. Versichert werden können Mädchen im Alter bis zu höchstens 12 Jahren sowohl gegen einmalige wie auch gegen jährliche, längstens bis zum 20. Lebensjahre der Versicherten zahlbare Prämie, und zwar entweder ohne Prämienrückgewähr oder mit Rückgewähr der halben oder der vollen Summe der eingezahlten Prämien, wenn der Tod oder die Verheiratung des Mädchens vor dem 37. Lebensjahre stattfindet. Ein besonderer Zusatztarif bietet Gelegenheit, die Prämienzahlung auf das Leben des Versorgers abzustellen, so daß mit dessem Tode die Versicherung des Mädchens in voller Höhe beitragsfrei wird. Das Amt hat sich vor der Genehmigung dieser Versicherung eingehend mit der Frage beschäftigt, ob die Ledigenversicherung den Heiratsabschluß bis zum Rentenbeginne verzögere oder gar den Anreiz zur Eingehung wilder Ehen bilden könne. Nach Einziehung gutachtlicher Aeußerungen von Mitgliedern des Versicherungsbeirats hat das Aufsichtsamt indessen in der Begrenzung des Höchstbetrags der Jahresledigenrente auf 2400 M. und in der Wahl des 37. Lebensjahres für den Rentenbeginn eine ausreichende Gewähr für die Hintanhaltung jener Folgen erblickt.

Um dem Verfalle der Versicherungen möglichst vorzubeugen, hat eine Lebensversicherungsgesellschaft bei Einführung neuer Tarife für die Volksversicherung eine zeitweise Befreiung von der Beitragszahlung bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheit oder Unfall und eine dauernde Befreiung bei bestimmten Fällen von Ganzinvalidität in den allgemeinen Versicherungsbedingungen vorgesehen. Hiernach wird der Versicherungsnehmer, wenn er infolge von Krankheit oder Unfall länger als vier Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig ist, für die Zeit, die er über vier Wochen arbeitsunfähig bleibt, längstens jedoch für den Zeitraum eines Jahres seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit für jeden Krankheitsfall, von der Zahlung der Beiträge unter gewissen Voraussetzungen befreit. Als unmittelbare Fortsetzung desselben Krankheitsfalls wird angesehen, wenn ein erkrankt gewesener Versicherungsnehmer innerhalb 26 Wochen vom letzten

Digitized by Google

Krankheitstag ab, für den Beitragsbefreiung gewährt worden ist, wieder an der gleichen Krankheit erkrankt. Wird der Versicherte Ganzinvalide, so werden Beiträge für die ganze fernere Versicherungsdauer nicht mehr erhoben.

Eine neue Form der lebenslänglichen Abonnenten-Sterbegeldversicherung hat das Amt einer Versicherungsunternehmung auch erteilt. Macht nämlich der Abonnent bei Beendigung des Zeitungsbezugs vom Rechte der Weiterversicherung des bisherigen Sterbegeldes Gebrauch, so hat er eine nach dem Eintrittsalter abgestufte Prämie zu entrichten. Als Eintrittsalter gilt hierbei das Lebensjahr, das der Abonnent beim Beginn des ununterbrochenen Abonnements erreicht hatte. Da als höchstes zulässiges Eintrittsalter das 55. Lebensjahr festgesetzt ist, so hat ein Abonnent, auch wenn er in noch so hohem Alter zur Weiterversicherung übergeht, höchstens die Prämie des 55-Jährigen zu entrichten. In diesem Falle ist eine Altersanzeige des Abonnenten bei der Erreichung des 70. Lebensjahrs nicht erforderlich.

Was nun den Umfang der Versicherungen anbetrifft, so ist bei den deutschen Versicherungsunternehmungen mit Ausnahme der Versicherung auf den Lebensfall und der Rentenversicherung (Jahresrenten) eine erhebliche Zunahme der Policen zu verzeichnen. Dementsprechend steigen auch die Einnahmen. So wurden von den Versicherten an Prämien und Policegebühren in der Volksversicherung einschl. der Zeitungsabonnentenversicherung 120 Millionen und in den übrigen Versicherungen 582 Millionen Mark eingezahlt. Die Einnahmen der ausländischen Unternehmungen stiegen bei der Lebensversicherung um rund 11 %, während die Einnahmen bei ihrem inländischen Feuerversicherungsgeschäft sich auf der gleichen Höhe des Vorjahres hielten.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und recht deutlich zu schreiben.

Nach dem Notgesetze betragen die Kassenbeiträge auch für die Unständigen 4½ %.

1. Nach Hagen i. W. Antwort: Die Höhe der Beiträge ist nach § 321 Ziff. 3 RVO. durch die Satzung zu bestimmen, und zwar nach § 385 in Hundertsteln des Grundlohns. Diese allgemeinen Grundsätze gelten auch für unständig Beschäftigte; der § 450 bestimmt in dieser Hinsicht nur außerdem noch, daß die Beiträge für die Unständigen „besonders" festzusetzen sind, und zwar nach dem Ortslohn als Grundlohn. Wenn nun das Notgesetz vom 4. August 1914 (ArbVers. S. 569) allgemein die Kassenbeiträge auf 4½ vom Hundert des Grundlohns festsetzt (§ 1), so tritt diese Festsetzung an die Stelle jeder satzungsmäßigen Regelung, also auch hinsichtlich der Beiträge für die Unständigen. Diese Beiträge betragen also 4½ vom Hundert des Ortslohns. Eine niedrigere Bemessung kann nur nach § 1 Abs. 2 des Notgesetzes erfolgen.

Zur Krankenversicherungspflicht der Armierungsarbeiter in Belgien.

2. Nach Cöln. Antwort: Wenn die „Cölner Armierungsarbeiter" in Namur als Mitglieder der Cölner Ortskrankenkasse für die in Fabriken Beschäftigten angesehen werden, so müssen wir annehmen, daß diese Personen von einem Cölner Betriebe nach Namur entsandt sind, daß die Arbeiten insoweit für Rechnung dieses Betriebes ausgeführt werden und nur eine Ausstrahlung desselben darstellen, so daß die Beschäftigung gewissermaßen im Inlande, nämlich in einem inländischen Betriebe stattfindet (zu vgl. z. B. Revisionsentsch. des RVA. 777 Amtl. Nachr. 1899 S. 655.) Anders dürfte es sich mit den ausländischen Arbeitern (den Belgiern) verhalten. Es scheint nach der Anfrage, daß sie im Dienste der Fortifikationsbehörde von Namur stehen, also nicht für Rechnung einer Betriebsverwaltung, die im Inlande ihren Sitz hat, beschäftigt werden. Dann ist als ihr Beschäftigungsort Namur anzusehen und die Versicherungspflicht zu verneinen, weil die Reichsversicherungsordnung in Belgien nicht gilt. Ebenso läge aber die Sache, wenn die unmittelbare Leitung der Arbeiten etwa von einer Verwaltungsstelle ausginge, die im Inland ihren Sitz hat. Denn jedenfalls handelt es sich doch um Personen, die nur für einzelne Arbeiten außerhalb einer im Inlande befindlichen festen Arbeitsstätte angenommen sind, so daß es auch in diesem Fall an der Möglichkeit fehlt, einen inländischen Beschäftigungsort zu konstruieren (zu vgl. § 153 Abs. 4 RVO.). Wir verneinen daher die Versicherungspflicht der belgischen Arbeiter.

Unselbständige Beschäftigung eines Zimmermeisters für eine Holzhandlung.

3. Nach Jülich. Antwort: Br. wird als Zimmermeister bezeichnet, gehört also nach seiner wirtschaftlichen Stellung nicht dem Kreise der nach der Reichsversicherungsordnung versicherungspflichtigen Personen an. Das schließt zwar nicht schlechthin aus, daß ein solcher selbständiger Gewerbtreibender auch als Angestellter in einen anderen Betrieb eintritt; aber der Regel nach ist dies nicht anzunehmen (zu vgl. Handb. der Unfallvers., 3. Aufl. Bd. I S. 51, 57 Anm. 3 und 12 zu § 1 UVG.). Im vorliegenden Falle liegen keine besonderen Umstände vor, welche dazu nötigten, die Tätigkeit des Br. für die Holzhandlung als die eines unselbständigen Angestellten aufzufassen. Er hat gegen Provision den Einkauf von Rundholz und freilich auch die Aufsicht beim

Digitized by Google

Fällen und Verladen des Holzes übernommen. Das Wesentliche hierbei ist die Einkaufsvermittlung, wie sie nicht selten von Personen betrieben wird, denen infolge eines anderen Hauptberufs eine gewisse besondere Fach- und Warenkenntnis zur Seite steht. Diese Vermittlung stellt sich aber als Ausübung eines gleichfalls selbständigen Nebengewerbes dar und ist daher nicht versicherungspflichtig.

a) Verfahren bei Beanstandung der Dienstordnung. b) Folgen unrichtiger Angabe des Eintrittstages bei Anmeldung Versicherungspflichtiger.

4. Nach G. Antwort: a) Das Oberversicherungsamt kann nach § 355 Abs. 3 RVO. der Regel nach nur die Dienstordnung genehmigen oder, sofern ein wichtiger Grund vorliegt, die Genehmigung versagen; nur über solche Bestimmungen, über die in der Kasse die erforderliche Einigung nicht zustande gekommen ist, „entscheidet" das Oberversicherungsamt. Hiervon abgesehen, ist es nicht zulässig, daß das Oberversicherungsamt die Dienstordnung nach freiem Ermessen abändert und mit diesen Aenderungen genehmigt. Vielmehr kann es nur der Kasse Abänderungen und Ergänzungen in gewisser Richtung aufgeben und erst nach Ablauf der hierzu bestimmten Frist nötigenfalls selbst die Dienstordnung verbindlich feststellen (§ 356). — Eine Bestimmung der Dienstordnung, daß die Angestellten die Dienststunden einzuhalten haben, erscheint sachgemäß: aber zu bestimmen oder auch nur zu fordern, daß die Dienstordnung bestimme, in welchen Stunden die Geschäftsräume der Kasse offen zu halten sind, dies liegt außerhalb der Befugnis des Oberversicherungsamts. Denn das betrifft keineswegs nur die Rechtsdienstverhältnisse der Angestellten, welche durch die Dienstordnung zu regeln sind (§ 352), sondern es betrifft die allgemeine Kassenverwaltung, die lediglich Sache des Kassenvorstandes ist. Darüber zu wachen, daß durch die Bestimmung der Dienststunden die berechtigten Interessen der Versicherten und der Arbeitgeber oder auch sonst Beteiligter nicht beeinträchtigt werden, ist Sache des Versicherungsamts als der Aufsichtsbehörde, nicht Sache des Oberversicherungsamts. — Die Bestimmung, daß dem Rendanten nach sechsmonatiger Probezeit nur aus einem wichtigen Grunde gekündigt werden kann, ist keineswegs unzulässig, und es war vielmehr ganz unzulässig, daß das Oberversicherungsamt diese Bestimmung einfach strich. Freilich würde eine Anstellung gemäß dieser Bestimmung eine Anstellung auf Lebenszeit bedeuten und nach § 359 Abs. 1 noch der besonderen Genehmigung bedürfen; vielleicht ist das Oberversicherungsamt von vornherein nicht gewillt, eine solche Anstellung zu genehmigen, aber auch das rechtfertigt nicht die einfache Streichung der Bestimmung. — Alles in allem hat die eigenmächtige Abänderung und Feststellung der Dienstordnung durch das Oberversicherungsamt praktisch die Bedeutung, daß die Dienstordnung, so wie vorgelegt worden war, nicht genehmigt worden ist, und es ist daher Beschwerde bei der obersten Verwaltungsbehörde, dem Handelsminister, zu erheben (§ 355 Abs. 4).

b) Arbeitgeber, die bei verspäteter Anmeldung von Versicherungspflichtigen den Tag des Eintritts in die Beschäftigung falsch angeben, vergehen sich gegen § 530 Abs. 2 RVO. (vgl. Hahn S. 692 Anm. 2 zu § 530), haben die rückständigen Beiträge nachzuzahlen (§ 531 Abs. 1) und können, wenn Bestrafung aus § 530 Abs. 2 erfolgt ist, außerdem noch zu Strafbeiträgen nach § 531 Abs. 2 herangezogen werden. Daß diese wie Gemeindeabgaben beizutreiben sind, ist im Gesetz ausdrücklich gesagt. Ist nach den Umständen anzunehmen, daß der falschen Angabe die Absicht zugrunde liegt, zum Schaden der Kasse Beiträge zu ersparen, so ist der Tatbestand des Betruges nach § 263 StGB. erfüllt und Anzeige bei der Staatsanwaltschaft zu erstatten.

Einberufung eines Vorstandsmitgliedes zum Kriegsdienst.

5. Nach Konstanz. Antwort: Wird das Vorstandsmitglied durch seine Einberufung in der Ausübung seines Amtes nicht behindert, weil es beispielsweise, wie in Ihrem Fall, nur mit der Ausbildung von Rekruten beschäftigt ist, so darf es auch an den Vorstandssitzungen teilnehmen, vorausgesetzt freilich, daß es nicht seine Wählbarkeit verloren hat. Hierüber verweisen wir auf die Ausführungen von Hahn, Heft 24 S. 565.

Kassenzugehörigkeit eines Gärtnereiarbeiters.

6. Nach Barel. Antwort: Ein Knecht, welcher von einem Gärtnereibesitzer auf dem von diesem zum Zwecke des Gärtnereibetriebes angekauften Grundstück mit dem Ausroden von Bäumen und Sträuchern, dem Umgraben der Gartenflächen usw. beschäftigt wird, damit letztere demnächst dem Gärtnereibetrieb unmittelbar dienen können, ist bereits in letzterem tätig, wenn seine Arbeit auch mehr vorbereitender Natur ist. Er gehört daher zur Landkrankenkasse, und zwar als landwirtschaftlicher Arbeiter nach §§ 235, 417, 917 RVO. (vgl. Hahn S. 590 Anm. 1 zu § 417), nicht als Dienstbote, obgleich er in die häusliche Gemeinschaft des Arbeitgebers aufgenommen ist (vgl. § 439).

Ansprüche an die Kasse für die Pflege des von einer Versicherten im Krankenhause geborenen Kindes.

7. Nach Oels. Frage: Die Arbeiterin N. N. ist für Rechnung der Landkrankenkasse wegen Brustdrüsen-Vereiterung vom 1. September bis 12. Oktober im städtischen Krankenhause verpflegt und behandelt worden. Am 10. September ist sie von einem Mädchen entbunden, welches bis zum 10. Oktober im städtischen Krankenhause verblieb. Die Landkrankenkasse gewährt ihren Versicherten an Familienhilfe ärztliche Behandlung und Arznei, höchstens jedoch für vier Wochen, an versicherungsfreie Familienmitglieder des Versicherten, die in seinem Haushalt leben. Welche Ansprüche kann die Krankenhausverwaltung und welche Ansprüche kann der Armenverband an die Landkrankenkasse stellen?

Antwort: Wir nehmen nach dem Inhalt der Anfrage an, daß es sich nur um die Ansprüche für die Pflege des Kindes handelt. Die Krankenhausverwaltung kann insoweit irgendwelche Ansprüche an die Krankenkasse nicht erheben. Denn sie kann Ansprüche nur aus dem ihr erteilten Auftrage, also aus der Einweisung der Versicherten selbst herleiten. Konnte das Kind nicht von der Mutter getrennt werden, so lag

Digitized by Google

der Fall der Hilfsbedürftigkeit vor, wenn wir unterstellen dürfen, daß die Mutter selbst für die Kosten der Pflege des Kindes im Krankenhause nicht aufkommen konnte. Die Fürsorge für das hilfsbedürftige Kind aber war Sache des Armenverbandes. Deshalb kann nur ein Anspruch des Armenverbandes für die Pflege des Kindes in Frage kommen. Ein solcher Anspruch bestand aber der Kasse gegenüber nur, wenn das Kind krank, also die Voraussetzung der satzungsmäßigen Familienhilfe gegeben war. Für das Maß dieses Anspruchs ist nur die Satzung maßgebend. Es würde also nur der wirkliche Aufwand für ärztliche Behandlung und Heilmittel für vier Wochen zu ersetzen sein, da für die Leistungen an Familienangehörige des Versicherten ein Pauschsatz nicht vorgesehen ist (vgl. Entsch. des preuß. OVG. in ArbVers. 1910 S. 550; Hanow-Lehmann Anm. 13a zu § 1533 RVO.).

Sterbegeld bei Tod nach dem 4. August 1914 infolge Erkrankung vor diesem Termin.

8. Nach Stettin. Antwort: Für den Anspruch auf das Sterbegeld bildet der Tod des Versicherten den Entstehungsgrund und somit den „Versicherungsfall"; auf den Tag der Erkrankung, welche den Tod herbeiführte, kommt es nicht an. (Vgl. Hahn, Handb. S. 294 Anm. 8 zu § 214.) Für das am 16. September 1914 verstorbene Mitglied ist also, auch wenn es bereits am 3. August 1914 erkrankte, das Gesetz vom 4. August 1914, welches mit seiner Verkündung in Kraft getreten ist, maßgebend, d. h. das Sterbegeld ist nach der Regelleistung zu berechnen.

Unständig Beschäftigte unterliegen nicht den Bedingungen des freiwilligen Beitritts zur Kasse.

9. Nach Andernach. Antwort: Versicherungsberechtigt und folglich beitrittsberechtigt sind nach § 176 Abs. 1 Ziff. 1, § 310 RVO. (§ 6 Abs. 1 Ziff. 1 Ihrer Satzung) nur versicherungsfreie Beschäftigte der im § 165 Abs. 1 RVO. bezeichneten Art. Dazu gehören aber die unständig Beschäftigten nicht. Sie sind vielmehr nach § 165 Abs. 1 Ziff. 1 RVO. versicherungspflichtig und als Pflichtmitglieder nach den besonderen Vorschriften der §§ 441 ff. in die Kasse aufzunehmen. Die Satzung kann daher ihre Aufnahme nicht von einer Altersgrenze oder von einem Gesundheitszeugnisse abhängig machen, wie dies in § 176 RVO. (§ 6 der Satzung) für Beitrittsberechtigte vorgesehen ist.

Versicherungspflichtige Beschäftigung eines sonst wirtschaftlich Selbständigen.

10. Nach Meißen. Antwort: Eine Person, die, selbst Eigentümer eines kleinen Besitztums, selbständig in einem kleinen Krämerladen mit Gastwirtschaftsbetrieb und als Böttcher tätig, nebenbei als Waldaufseher gegen 50 M. jährlich feste Vergütung und 5 % vom Erlöse des versteigerten Holzes und als Waldarbeiter während mehrerer Wochen im Herbst gegen 3,50 M. täglich beschäftigt wird und aus diesen Beschäftigungen insgesamt jährlich etwa 270 M. bezieht, muß als versicherungspflichtig angesehen werden. Für keine der beiden Beschäftigungen ist der Entgelt so geringfügig, daß deshalb Versicherungsfreiheit angenommen werden könnte. (Vgl. Hahn, Handb. S. 180 Anm. 24a zu § 165 RVO.) Die von Ihnen in bezug genommene Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 17. November 1913 aber trifft ebenfalls nicht zu, denn auch hier wird in Nr. 3 die Versicherungsfreiheit davon abhängig gemacht, daß der Entgelt für die Nebenbeschäftigung nur geringfügig ist, und als geringfügig wird ein Entgelt bezeichnet, der für den Lebensunterhalt während des Zeitraums, innerhalb dessen die Beschäftigung in regelmäßiger Wiederkehr ausgeübt wird, nicht wesentlich ist. Davon kann insbesondere bei einem Tagelohn von 3,50 M. nicht die Rede sein.

Erstattungsanspruch des Armenverbandes gegen die Krankenkasse für Wochenhilfe.

11. Nach Hildburghausen. Antwort: Der von der Erstattungspflicht der Krankenkassen den Gemeinden und Armenverbänden gegenüber handelnde § 1532 RVO. spricht allerdings nur von einer Unterstützung wegen der Krankheit, auf die sich der Anspruch des Unterstützten gegen die Kasse gründet, es unterliegt aber keinem Zweifel, daß zu den „übrigen Unterstützungen", von denen § 1533 Nr. 3 handelt, auch die Wochenhilfe zu rechnen ist, und daß daher auch für diese, wenn sie der Armenverband gewährt, ein Erstattungsanspruch besteht. Die Begründung des Gesetzes (S. 468 zu § 1516 des Entw.) hebt dies auch ausdrücklich hervor.

Ersatzanspruch der Berufsgenossenschaft gegen die Krankenkasse aus § 1513 RVO.

12. Nach Stettin. Antwort: Die Berufsgenossenschaft fordert nicht Krankengeld, sondern Ersatz für Krankenpflege, und für die Bemessung dieses Anspruchs sind $^3/_8$ des Grundlohns maßgebend (§ 1513 Abs. 2 RVO.). Dieser Betrag ist für jeden Tag zu zahlen, für welchen die Berufsgenossenschaft Leistungen gewährt hat, die unter den Begriff der Krankenpflege fallen. Ein Unterschied zwischen Werk- und Sonntagen ist dabei nicht gerechtfertigt.

„Dienstbotenkrankenkassen" nach der Reichsversicherungsordnung; Auseinandersetzung mit der allgemeinen Ortskrankenkasse.

13. Nach R. Antwort: Die Reichsversicherungsordnung kennt eigentlich keine besonderen „Dienstbotenkrankenkassen". Es ist aber auf die Möglichkeit hingewiesen worden, eine Landkrankenkasse ausschließlich für Dienstboten bestehen zu lassen, wenn auf Grund des § 236 Abs. 2 RVO. alle anderen Landkassenpflichtigen der allgemeinen Ortskrankenkasse zugewiesen werden (preuß. Min.Erl. vom 13. Februar 1914, ArbVers. 1914 S. 185). Soll auf diesem Wege jetzt eine Landkrankenkasse ausschließlich für Dienstboten errichtet werden, so würde der Fall des § 298 Abs. 1 Ziff. 2 vorliegen. Es hätte eine Auseinandersetzung mit der allgemeinen Ortskrankenkasse stattzufinden (§ 298 Abs. 2). Diese hätte von ihrem Reinvermögen so viel, als bei ihr auf ein Mitglied entfällt, der neu gebildeten Kasse für jedes zu ihr übergehende Mitglied zu überweisen (§ 293). Daß dieser Kopfteil höher wäre als der Gesamtbetrag der durchschnittlich

Digitized by Google

für einen Dienstboten im Jahre 1914 gezahlten Beiträge, kommt nach dem Gesetz ebensowenig in Betracht wie der Umstand, daß diesen Beiträgen überdies noch die von der Ortskrankenkasse gewährten Leistungen gegenüberstehen.

Höhere Kassenbeiträge für einzelne Betriebe.

14. Nach Sobernheim. Antwort: Ihre Satzung bestimmt, entsprechend dem § 51 Abs. 1 der Musters. f. OKK.: „Der Vorstand wird ermächtigt, die Beitragsteile des Arbeitgebers für einzelne Betriebe höher zu bemessen, soweit Tatsachen dafür vorliegen, daß die Erkrankungsgefahr erheblich höher ist." Diese Fassung der auf § 384 Abs. 1 RVO. beruhenden Ermächtigung ist eigentlich ungenügend. Die Satzung hätte die Ermächtigung des Vorstandes „nach der Art der Fälle und den Grenzen der zulässigen Höchstbemessung" näher umschreiben müssen (vgl. Begr. zu § 414 Entw. S. 222). Nachdem dies unterblieben ist, hat der Vorstand bei der Bemessung des Zuschlags für jeden einzelnen Betrieb freies, pflichtmäßiges Ermessen zu üben, unter Berücksichtigung der besonderen Umstände des einzelnen Falles. An die Grenzen in §§ 386 ff. ist er dabei nicht gebunden (zu vgl. ArbVers. 1914 S. 33, 34). Dem Schutze der Arbeitgeber gegen unbillige Belastung dient in diesem besonderen Falle der in § 384 Abs. 5 geordnete Beschwerdeweg.

Vorsitzender des Ausschusses der Krankenkasse.

15. Nach Belitz. Antwort: Die Reichsversicherungsordnung bestimmt über die Wahl eines Vorsitzenden des Ausschusses überhaupt nichts, setzt aber einen solchen jedenfalls voraus. Er wird aus praktischen Erwägungen, wie der Vorsitzende des Vorstandes, auf längere Zeit, nicht für jede Sitzung besonders zu wählen sein. Nach dem Wortlaut der Mustersatzung (§ 81) ist anzunehmen, daß die Wahl des Vorsitzenden für die ganze Dauer seiner Zugehörigkeit zum Ausschuß gelten soll, doch kann die Satzung wohl auch eine andere Regelung treffen. Da die Satzung Ihrer Kasse mit der Mustersatzung übereinstimmt, gilt für sie das oben Gesagte. Zu vgl. Kleeis in ArbVers. 1914 S. 29 ff.

Fortzahlung der Beiträge bei gleichzeitigen Beschäftigungsverhältnissen.

16. Nach Berlin-Steglitz. Antwort: Ihr Einwand gegen unsere Auskunft in Heft 30 S. 726 Ziff. 6 ist unbegründet. Daß nach § 397 RVO. die Beiträge bis zur Abmeldung „fortzuzahlen" sind, bedeutet, daß trotz der Beendigung der versicherungspflichtigen Beschäftigung die Beitragspflicht so weiter besteht, wie bisher. Die Anwendung dieses Satzes auf den Fall des § 396 bedeutet, daß trotz der Beendigung des einen Beschäftigungsverhältnisses die Beitragspflicht der beiden Arbeitgeber, solange eine Abmeldung nicht erfolgt ist, wie bisher als ein Gesamtschuldverhältnis fortbesteht. Daraus folgt die von uns vertretene Ansicht mit Notwendigkeit. — Meldet nun aber einer der beiden Arbeitgeber den Versicherten ab, so endet die Beitragspflicht als Gesamtschuldverhältnis und die Kasse kann den anderen Arbeitgeber nur noch auf Grund der bei ihm allein fortbestehenden Beschäftigung und nach Maßgabe des dafür gewährten Entgelts zu Beiträgen heranziehen. Die so reduzierte Beitragspflicht besteht dann selbstverständlich gleichfalls fort, wenn zwar die zweite Beschäftigung ebenfalls endet, die Abmeldung aber nicht erfolgt.

Wartetage für das Krankengeld.

17. Nach Altenburg. Antwort: Daß das Krankengeld vom vierten Krankheitstage (vorausgesetzt, daß Arbeitsunfähigkeit vorliegt) gezahlt wird, bedeutet, daß der Tag der Erkrankung und zwei weitere Tage krankengeldfrei bleiben; es bedeutet aber nicht, daß für den vierten Tag unter allen Umständen ein Krankengeld zu zahlen ist, sondern selbstverständlich nur dann, wenn dieser ein Arbeitstag ist. Sind also der vierte und vielleicht auch der fünfte Tag ein Sonn- und ein Feiertag, so fällt auch an ihnen das Krankengeld aus, falls nicht etwa der Versicherte nach der Art seines Beschäftigungsverhältnisses auch an diesen Tagen zu arbeiten gehabt hätte.

Die Wartezeit für Unständige und Hausgewerbtreibende aus §§ 451, 487 RVO.

18. Nach T. Antwort: Abs. 2 des § 451 bedeutet, daß die Wartezeit aus Abs. 1 nicht eine ununterbrochene Mitgliedschaft von 6 Wochen erfordert, (vgl. Keidel in ArbVers. 1914 S. 451 Ziff. 3), daß vielmehr auch frühere Mitgliedzeiten anzurechnen sind, sofern sie nur nicht weiter als 26 Wochen, von dem neuerlichen Eintritt in die Kasse zurückgerechnet, liegen. War z. B. der Eintretende in den dem Eintritt vorangegangenen 26 Wochen im ganzen oder mit Unterbrechungen zusammen mindestens 6 Wochen lang Mitglied der Kasse gewesen, so ist bei seinem neuerlichen Eintritt die Wartezeit bereits voll erfüllt. Umfassen die in jene 26 Wochen fallenden früheren Mitgliedzeiten nur 4 Wochen, so sind vom Eintritt an noch 2 Wochen Wartezeit zurückzulegen.

Krankenversicherung bei mehrfacher Beschäftigung von verschiedener Art.

19. Nach Höchst a. M. Antwort: a) Wenn jemand in mehreren Beschäftigungsverhältnissen steht und durch Ausscheiden aus einem von ihnen sein Arbeitseinkommen auf einen so geringfügigen Betrag sinkt, daß die übrigbleibende Beschäftigung auf Grund des § 168 RVO. und der Bekanntmachung vom 17. November 1913 (ArbVers. 1913 S. 848) als versicherungsfrei anzusehen ist, so erlischt die Pflichtmitgliedschaft und es kommt nur noch freiwillige Weiterversicherung nach § 313 in Frage.

b) Beim Zusammentreffen einer den allgemeinen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung unterliegenden versicherungspflichtigen Beschäftigung mit einer unständigen oder hausgewerblichen Tätigkeit ist für die Krankenversicherung nur die ersterwähnte Beschäftigung maßgebend. Näheres hierüber: Seelmann in ArbVers. 1914 S. 304, 305 unter Ziff. 1 und 5.

Für die Redaktion verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 64.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel
Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Dippe; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe; Geh. Regierungsrat Professor Dr. Laß, Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Rat Dr. Olshausen; Geheimrat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1083 der ganzen Folge

21. Jahrgang **21. November 1914** **Heft 33**

Der Wiedereintritt der Kriegsteilnehmer in die Krankenversicherung.

Von **Friedrich Kleeis** in **Halle a. S.**

Das Notgesetz betreffend Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung vom 4. August 1914 hat den ausgesprochenen Zweck, die Rechte der Kriegsteilnehmer in ihrer Eigenschaft als Krankenkassenmitglieder zu wahren. Es tut das aber, wie in der Literatur einstimmig festgestellt worden ist, in einer unklaren und unvollkommenen Weise. Ganz besonders anfechtbar ist der § 3, nach dem Versicherungsberechtigte, deren Mitgliedschaft nach § 314 Abs. 1 RVO. erloschen ist, das Recht haben, binnen sechs Wochen nach ihrer Rückkehr in die Heimat, in die Krankenversicherung wieder einzutreten, wenn sie während des gegenwärtigen Krieges Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste geleistet haben. Er birgt eine ganze Reihe von Streitfragen.

Sehr unklar und unverständlich ist zunächst und hauptsächlich, weshalb das Notgesetz betreffend die Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung nur von Versicherungsberechtigten spricht, als ob nicht auch für Versicherungspflichtige das Bedürfnis vorhanden wäre, „binnen sechs Wochen nach der Rückkehr in die Heimat in die Krankenversicherung wieder einzutreten", auch wenn sie es versäumt hatten, sich innerhalb der ersten drei Wochen nach dem Austritt aus der Beschäftigung als freiwillige Mitglieder zu melden oder melden zu lassen. Man muß dabei insbesondere an solche Personen denken, die wegen Krankheit dienstunfähig und deshalb nach einigen Wochen wieder entlassen werden und ferner an solche, die infolge schwerer Verwundungen dauernd invalid werden und sonach die Mitgliedschaft nie wieder erlangen können, weil sie zu einer versicherungspflichtigen Beschäftigung nicht mehr fähig sind. Viele solcher Personen werden vor ihrer Einberufung mehrere Jahre Beiträge in den höchsten Klassen geleistet haben. Viele der Zurückkehrenden werden auch, selbst wenn sie arbeitsfähig sind, voraussichtlich nicht sogleich versicherungspflichtige Beschäftigung finden. Für alle diese ist es eine Härte, sie vom Wiedereintritt in die Kasse auszuschließen.

Bei der Mobilmachung hatten, wegen der Kürze der Zeit zwischen dem Austritt aus der Beschäftigung und dem Eintreffen, die Versicherten keine Gelegenheit, sich um ihre Rechte zu kümmern. Ihr ganzes Sinnen und Trachten war erklärlicherweise auf andere Dinge gerichtet. Dazu kam, daß für den ersten Augenblick auch eine große Unsicherheit über die Zweckmäßigkeit der Weiterversicherung bestand — selbst bei den Versicherungsbehörden. Erst nach und nach brach sich die Einsicht Bahn, daß die Ansprüche der Versicherten auch im Kriege fortbestehen. Unter diesen Umständen konnte man von dem Versicherten als Laien nicht eine schnelle Entscheidung verlangen.

Gleichwohl besteht die Bestimmung und sie muß im Augenblick eingehalten werden. Einige und sogar größere Kassen haben sich über die

Digitized by Google

gesetzlichen Bestimmungen hinweggesetzt und Anmeldungen von Weiterversicherern noch entgegengenommen, nach dem die im § 313 festgelegte dreiwöchige Frist längst verstrichen war. So gut das auch alles gemeint sein mag, so ist es doch unzulässig, genau so, als wenn bei „Rückkehr in die Heimat" auch solche freiwillige Versicherte ohne weiteres wieder aufgenommen werden könnten, die bei der Einberufung die Anmeldung zur Weiterversicherung versäumt hatten.

Um die Lücke einigermaßen auszugleichen, beschloß der Vorstand der Allgemeinen Ortskrankenkasse für die Stadt und den Amtsbezirk Heidelberg, den Kriegsteilnehmern, wenn die übrigen Voraussetzungen gegeben sind, die freiwillige Weiterversicherung noch bis 1. Oktober 1914 zu gestatten und auch dann Krankengeld zur Auszahlung zu bringen, wenn Kriegsteilnehmer nicht binnen einer Woche nach dem Ausscheiden aus der Kasse, sondern erst später verwundet oder überhaupt krank werden. Das Großh. Badische Oberversicherungsamt Mannheim ging aber nach Verständigung mit der Kasse noch über diesen Beschluß hinaus. Es genehmigte folgenden neuen Absatz am Schlusse des § 12 der Satzung (gemäß §§ 313 Abs. 2 [Schlußsatz], 324 RVO.:

> „Zu Gunsten von Kriegsteilnehmern wird die in Absatz 2 Satz 1 bestimmte Frist von drei Wochen auf zwei Monate verlängert. Die in Satz 2 des Absatzes 2 festgesetzte Beschränkung gilt für Kriegsteilnehmer nicht."

Das Oberversicherungsamt bemerkte dazu, daß es hinsichtlich der Auslegung des § 313 Abs. 2 Satz 2 der RVO. auf den Kommentar von Hahn Anm. 6 Schluß zu § 313 a. a. O. (Seite 423 der Ausgabe 1913) aufmerksam mache und daß hiernach bei der gewählten Fassung der Satzungsänderung diese Bedenken hinsichtlich der Kriegsteilnehmer in Wegfall kommen. Ferner könnten nunmehr, da die Fristverlängerung nicht auf einen bestimmten Kalendertag festgesetzt ist, die Wohltaten des Gesetzes nach dortiger Absicht nunmehr auch den in einem späteren Zeitpunkt, als sofort nach Beginn der Mobilmachung Einberufenen zuteil werden. Die Verfügung ginge von der selbstverständlichen Voraussetzung aus, daß, ungeachtet der zurzeit infolge des Kriegszustandes bestehenden äußeren Schwierigkeiten, möglichst bald die Einholung der erforderlichen Zustimmung des Ausschusses erfolgt. Diese ist inzwischen auch erteilt worden.

Ueber die Frage, wer die Anmeldung zur Weiterversicherung besorgen kann, sei an folgenden Einzelfall angeknüpft, der durch die Tageszeitungen ging. Der Konsumverein Eintracht in Essen hatte sofort nach Kriegsbeginn die einberufenen Personen bei den Krankenkassen abgemeldet. Als bekannt wurde, daß die Krankenkassen auch für die Kriegsfolgen ihre Leistungen gewähren müssen, meldete der Konsumverein die Einberufenen als freiwillige Mitglieder bei den Krankenkassen — es kommen ca. 20 in Betracht — wieder an. Letztere erklärten sich auch ohne weiteres damit einverstanden. Von der Hamborner Krankenkasse ging keine Meldung ein. In der zweiten Hälfte des September kam nun ein Lagerhalter krank aus dem Felde zurück und wünschte einen Krankenschein. Dieser wurde ihm jedoch mit der Begründung verweigert, der Arbeitgeber habe kein Recht, Angestellte als freiwillige Mitglieder anzumelden. Dieses Recht könne der Angestellte nur selbst ausüben.

Der dürre Wortlaut der Satzung spricht für die Auffassung der Krankenkasse. „Wer Mitglied bleiben will, muß es der Kasse binnen drei Wochen . . . anzeigen," heißt es in der Mustersatzung. Daß die Anmeldung unter allen Umständen von dem Ausgeschiedenen selbst persönlich oder schriftlich abgegeben werden muß, kann nicht gefordert werden. Schon deshalb nicht, weil in den Fällen, um die es sich hier dreht, den Einberufenen persönlich während der Mobilmachung keine Zeit und Gelegenheit bliebe, diese ihre Rechte wahrzunehmen. Der Arbeitgeber muß hier auch als Vertreter des Einberufenen angesehen werden. Unseres Erachtens kommen hier die Bestimmungen der §§ 677, 687 BGB. in Betracht, die es zulassen, daß jemand Geschäfte für einen andern besorgt,

Digitized by Google

ohne von ihm beauftragt zu sein, wenn es das Interesse des „Geschäftsherrn", hier also des Mitgliedes, erfordert. Wir glauben daher nicht, daß sich eine Versicherungsbehörde finden wird, die eine Anmeldung zur Weiterversicherung durch den Arbeitgeber oder einen Verwandten des Einberufenen oder eine Behörde (Gemeinde) für ungültig erklären sollte. Die „Geschäftsführung ohne Auftrag" muß hier sinngemäß angewendet werden.

Unter den Wiedereintritt „in die Krankenversicherung" ist noch nach Hahn (Arbeiter-Vers. 1914 S. 568) der Wiederbeitritt bei der Kasse, aus der der Kriegsteilnehmer infolge Unterbleibens der Beitragszahlung ausgeschieden ist, zu verstehen. Daß ein Theoretiker zu dieser Annahme kommt, ist verständlich. Aber auch hier ließe sich darüber streiten, ob das wirklich vom Gesetzgeber ausnahmslos gewollt ist. Häufig wird der Kriegsteilnehmer nicht wieder in den Bezirk der Kasse, der er früher angehörte, sondern in einen ganz anderen Bezirk zurückkehren. Möglich auch, daß die Betriebskrankenkasse, der er angehörte, nicht mehr besteht. Sollte man nicht gewollt haben, daß er der nunmehr für seinen Wohnort zuständigen Allgemeinen Orts-Kasse beitreten kann? Darauf scheinen die gerade gewählten Worte vom Wiedereintritt in die „Krankenversicherung" hinzudeuten. Anderenfalls hätte man wohl gesagt: „in die Krankenkasse".

Die Worte „Rückkehr in die Heimat" übersetzt Hahn a. a. O. mit „Rückkehr in die bürgerlichen Verhältnisse". Auch hier muß man zugeben, daß unter normalen Verhältnissen eine solche Auslegung sehr nahe liegt. Wie nun die Dinge aber einmal liegen, muß man fragen, ob diese Auffassung wirklich unter allen Umständen eingehalten werden muß, oder ob sich nicht auch hier zu Gunsten der Versicherten eine andere Meinung vertreten läßt. Es kommt häufig vor, daß die Kriegsteilnehmer, ohne aus dem Militärverhältnis entlassen zu sein, in die Heimat zurückkehren, z. B. auf Urlaub. Das geschieht in der Regel, wenn sie krank oder verwundet waren, bevor sie wieder zum Dienst eingestellt werden. Auch sonst, bei Ersatzreservisten und Landsturmmännern, kommt es häufig vor, daß sie zeitweilig beurlaubt werden. Unseres Erachtens können sich diese Zurückgekehrten auch bei diesen Gelegenheiten wieder anmelden. Die Annahme, daß unter allen Umständen ein Ausscheiden aus dem Kriegsdienst stattgefunden haben muß, scheint uns unhaltbar zu sein. Da der Eintritt ins Heer nicht den Austritt aus der Kasse bedingt, kann er auch nicht den Wiedereintritt in die Kasse hindern.

Streitig kann auch sein, welche Ansprüche die nach ihrer Rückkehr der Kasse wieder Beigetretenen haben. Nehmen wir an, der Zurückgekehrte sei wegen Dienstunfähigkeit entlassen worden und nach seiner Rückkehr erwerbsunfähig. Hat er Ansprüche an die Kasse, der er wieder beitritt, und welche? Es wird zunächst darauf ankommen, ob der Zurückgekehrte noch „krank" im Sinne der RVO. ist. Das ist dann der Fall, wenn die Heilbehandlung noch nicht abgeschlossen ist und der Mann noch ärztlicher Behandlung und Heilmittel bedarf. In diesem Falle beginnen die Ansprüche auf diese Dinge und Krankengeld mit dem Augenblick des Wiederbeitritts zur Kasse. Streitig könnte sein, auf welche Dauer. Nach § 183 RVO. endet die Krankenhilfe spätestens mit Ablauf der 26. Woche nach Beginn der Krankheit. Bei dem Wiederbeigetretenen wird aber der „Beginn der Krankheit" und auch der Eintritt der Erwerbsunfähigkeit weit zurückliegen, sodaß, wenn die Unterstützungsdauer wirklich von diesem Beginne an gerechnet wird, nur eine beschränktere Zeit als Unterstützungsdauer in Frage käme. Unseres Erachtens kann jedoch nur jene Bestimmung des § 183 in Anwendung kommen, die besagt: „wird jedoch Krankengeld erst von einem späteren Tag an bezogen", so endet die Krankenhilfe erst mit Ablauf von 26 Wochen nach diesem Beginne des Krankengeldes. Ist auch dieser Satz zu einem anderen Zwecke aufgenommen worden, so wird man ihn gleichwohl hier anwenden können*).

*) Anmerkung der Schriftleitung: Es ist auch zu beachten, daß nach der herrschenden Ansicht

Digitized by Google

Ist bei dem Zurückgekehrten das Heilverfahren abgeschlossen, sind z. B. bei Verwundungen oder Amputationen die Wunden verheilt, so liegt eine „Krankheit" nicht mehr vor und die Kasse braucht überhaupt keine Unterstützungen zu gewähren. Würden aber diese Wunden neu aufbrechen oder das Leiden überhaupt von neuem ärztliche Behandlung erfordern, so liegt ein neuer Unterstützungsfall vor, der einen 26wöchentlichen Lauf der Fürsorge bedingt.

Die Lohnklasse, in der der Zurückgekehrte die Versicherung wieder aufnimmt und nach der er das Krankengeld erhält, kann nur diejenige sein, in der er sich beim Ausscheiden aus der freiwilligen Versicherung befand. Der Uebertritt in eine niedere Lohnklasse (und sei es auch in die niedrigste) nach § 313 RVO. kann nur bei Eintritt in die Weiterversicherung, dagegen nicht zu einer späteren beliebigen Zeit erfolgen.*)

Ein Mangel des Gesetzes besteht noch darin, daß die ganzen Vorschriften nur für Reichsangehörige gelten. Man hat hiermit wohl verhüten wollen, daß Angehörige der uns feindlich gegenüberstehenden Staaten die Vergünstigungen des Notgesetzes erhalten. Leider fallen aber unter diese Bestimmung auch Tausende von Angehörigen des mit uns verbündeten Oesterreich. Sie alle sollen nun nicht das Recht des Wiedereintritts haben, weil man wahrscheinlich nicht an sie gedacht hat. Dazu kommt weiter, daß bis jetzt der Krankenversicherung die Frage, welche Staatsangehörigkeit ein Mitglied hat, ganz fremd war. Die Kassenverwaltungen sind daher auch über diese Eigenschaften ihrer Mitglieder gar nicht unterrichtet. Soll die Bestimmung wirklich gewissenhaft durchgeführt werden, so erfährt auch die Verwaltungsarbeit manche Belastung.

Die Notgesetze sind gänzlich ohne Kommissions- oder sonstige Beratung im Reichstag angenommen worden. Dadurch konnten die Mängel, die den Gesetzentwürfen infolge ihrer doch offenbar sehr beschleunigten Ausarbeitung anhafteten, nicht beseitigt werden. Bei der Schnelligkeit des ganzen Verfahrens und der damit bedingten Unmöglichkeit, sich in die Materie zu vertiefen, sind den Reichstagsabgeordneten auch die Lücken der Gesetze entgangen. So sprachen wir mit einem Reichstagsabgeordneten von der sozialpolitischen Fakultät, der sich nicht davon abbringen läßt, daß der Zweck der hier erörterten gesetzlichen Bestimmungen der gewesen sei, allen Kriegsteilnehmern das Recht des (freiwilligen) Wiederbeitritts zur Krankenkasse nach ihrer Rückkehr zu geben, auch wenn sie beim Eintritt ins Heer die Anmeldung zur Weiterversicherung unterließen.

Die Mängel können weder mit einer Auslegung und Rechtsprechung, die dem Notgesetz Gewalt antut, noch mit Bundesratsverordnungen behoben werden. Es handelt sich hier um Bestimmungen von Gesetzen, die nur durch solche wieder aufgehoben und verbessert werden können. Diese Möglichkeit besteht natürlich.

Hoffen wir daher, daß die ganze Frage des Wiedereintritts der Kriegsteilnehmer in die Krankenversicherung eine nochmalige gründliche Regelung durch ein neues Gesetz erfährt. Diese Forderung wird auch von anderer Seite erhoben, so z. B. von der Sozialen Praxis, der Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung usw. Wenn der Reichstag wieder zusammentritt, wird leider der Krieg noch nicht beendet sein.

---

der Lauf der 26 Wochen überhaupt nicht unbedingt mit der Krankheit, sondern mit dem Tage beginnt, an dem die Kasse die erste Leistung wegen der Krankheit gewährt hat. (Näheres bei Hahn, Handb. der Kr.Vers. S. 227 Anm. 2d zu § 283 RVO.).

*) Anmerkung der Schriftleitung: Das ist die keineswegs zweifelsfreie Meinung einzelner Versicherungsbehörden. Vergl. z. B. ArbVers. 1914 S. 546; dagegen aber unsere Anmerkung das. S. 547, ferner Hoch in der „Ortskrankenkasse" 1 S. 295 und Hahn, Handb. S. 421 Anm. 3 zu § 313.

Digitized by Google

Die Angestelltenversicherung und der Krieg.

(Anrechnung der Militärdienstzeiten.)

Von Gustav Jähnel in Berlin.

I. Der gegenwärtige Rechtszustand.

Es bestehen zurzeit erhebliche Zweifel, besonders in den Kreisen der Arbeitgeber, über die Beitragspflicht zur Angestelltenversicherung für die zum Militärdienst einberufenen Angestellten und sodann über die Anrechnung der Zeiten der militärischen Dienstleistungen.

In verschiedenen Aufsätzen, sowohl in Fach- als auch in Tageszeitungen, wird ausgeführt, daß eine Versicherungspflicht für diese Zeiten nicht besteht, oder daß sie zweifelhaft sei, und daß die Zeiten nach dem Beispiele der allgemeinen Invalidenversicherung bei der Berechnung der Wartezeit und der Renten angerechnet würden. Dies trifft nicht zu und soll hier kurz widerlegt werden.

1. Beiträge. Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte hat bereits im Jahre 1913 entschieden, daß bei Fortzahlung des Gehalts während einer militärischen Uebung auch für diese Zeiten Beiträge zur Angestelltenversicherung zu entrichten sind (Angest. Vers. Amtl. Nachr. der Reichsversicherungsanstalt 1913 S. 210, Archiv für Reichsvers. 1913 S. 199). Kriegsdienste sind in dieser Beziehung militärischen Uebungen gleichzuachten. Deshalb bleibt für diejenigen Angestellten, die für die Dauer ihrer militärischen Dienstleistung Gehalt oder Lohn weiter beziehen, die Versicherungspflicht bestehen. Das Direktorium der ReichsVAnst. für Angestellte hat hierzu im September d. J. der Handelskammer Berlin auf Anfrage geschrieben:

„Es ist richtig, daß für Angestellte, die ihr Gehalt während des Militärdienstes in früherer Höhe fortgezahlt erhalten oder einen Teil dieses Gehalts weiter beziehen, die Versicherungsbeiträge — gegebenenfalls in der dem gekürzten Gehalt entsprechenden Höhe — grundsätzlich weiter geleistet werden müssen. Die Verpflichtung zur Beitragsleistung fällt aber fort, wenn das Angestelltenverhältnis anläßlich der Einberufung des Versicherten zu den Fahnen durch Kündigung aufgelöst ist (§ 620 Abs. 2, § 626 BGB.; §§ 66, 72 Nr. 3 HGB.); dies auch dann, wenn der Arbeitgeber anläßlich der Kündigung sich bereit erklärt hat, den gekündigten Angestellten auf sein Ansuchen später wieder in die frühere Stellung aufzunehmen, oder wenn die Kündigung erst nachträglich erfolgt ist. Der Arbeitgeber hat es also ganz in seiner Hand, sich durch Kündigung des Dienstverhältnisses von der Beitragsleistung zu befreien, ohne deshalb von der freiwilligen Gehaltsweiterzahlung Abstand nehmen zu müssen. Wir glauben aber hoffen zu dürfen, daß diejenigen Geschäftsherren, die an sich aus sozialen, patriotischen und ethischen Gründen von einer Kündigung des Dienstverhältnisses Abstand nehmen wollen, nicht lediglich wegen der Verpflichtung zur Beitragsleistung, die ja für ihren Teil noch nicht 4 % des Gehalts beträgt, zur Kündigung schreiten werden. Dient doch die Fortsetzung der Beitragszahlung nicht etwa nur den Interessen der Reichs-Versicherungsanstalt, sondern vielmehr in erster Linie denen der Versicherten. Bei dieser Sachlage dürfte sich die angeregte besondere Regelung der Beitragspflicht erübrigen."

Zu der Frage der Beitragspflicht für die Angestellten, deren Angehörige während der Dauer des Krieges in irgendeiner Form geldliche Zuwendungen vom Arbeitgeber erhalten, hat nach Zeitungsmeldungen die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte folgende Bekanntmachung erlassen:

„Nach einem Beschluß des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte müssen für diejenigen Angestellten, die ihr Gehalt während des Militärdienstes in früherer Höhe fortgezahlt erhalten oder einen Teil dieses Gehalts weiter beziehen, die Versicherungsbeiträge geleistet werden. Die von den Arbeitgebern an die Ehefrauen oder sonstigen Familienangehörigen gewährten Unterstützungen an Stelle des Gehalts werden als Gehalt angesehen

Digitized by Google

und verpflichten zur Beitragsleistung."

Hiernach sieht das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt freiwillige Angehörigen-Unterstützungen ohne weiteres als Gehalt an.

Dem kann nicht zugestimmt werden. Angestellte, die ihr Gehalt oder einen Teil desselben nicht weiter beziehen, sind aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausgeschieden. Ihr Arbeitsverhältnis ist damit gelöst. Mit diesem Zeitpunkte hört jede Beitragspflicht auf. Eine Kündigung seitens des Arbeitgebers, wie in dem Schreiben der Reichsversicherungsanstalt an die Berliner Handelskammer vorgeschlagen (siehe I . . .), ist in den Fällen, in denen mit der Einberufung des Angestellten zu den Fahnen auch die Gehaltszahlung an ihn weggefallen ist, nicht erforderlich, denn hier ist ohne weiteres anzunehmen, daß das Arbeitsverhältnis mit gegenseitigem Wissen und Willen sofort aufgelöst worden ist. Ein Beschäftigungsverhältnis gegen Entgelt (§ 1 letzter Satz AVG.) besteht nicht mehr und somit auch keine Versicherungspflicht.

Wenn darüber hinaus erfreulicherweise ein persönliches Verhältnis zum Arbeitgeber weiter besteht und dieser sich dieserhalb veranlaßt sieht, den Angehörigen seines ehemaligen Angestellten freiwillige Unterstützungen zuzuwenden, so sind solche Zuwendungen noch lange nicht dem versicherungspflichtigen Entgelt im Sinne des § 2 a. a. O. gleichzuachten.

Die Verfügung der Reichsversicherungsanstalt wird den weitesten Kreisen unverständlich bleiben und es muß gewünscht werden, daß über diese Frage bald eine Entscheidung des Rentenausschusses für Angestelltenversicherung (nach § 210 a. a. O.) herbeigeführt wird.

Da verschiedene Firmen usw. ihre Angestellten für die Dauer des Krieges ausdrücklich „beurlaubt" haben, ist noch zu erwähnen, daß auch für Urlaubszeiten, in denen der Versicherte das Gehalt fortbezieht, Beiträge zur Angestelltenversicherung zu entrichten sind (ReichsVAnst. für Angestellte vom 24. April 1913 I, 20887, Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenvers. 1 S. 496)*).

---

*) Anmerkung der Schriftleitung: Neuerdings hat das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt seine Auffassung über die Beitragsentrichtung in ihren Beziehungen zum Kriege folgendermaßen zusammengefaßt und begründet („Angestelltenversicherung" 1914, H. 10 S. 232):

„Für diejenigen Versicherten, denen das Gehalt während des Kriegsdienstes fortgezahlt wird, sind die Beiträge unter der Voraussetzung weiter zu entrichten, daß das Angestelltenverhältnis anläßlich der Teilnahme des Versicherten an dem Kriege nicht aufgelöst wird. Wird ein Teil des Gehalts fortgezahlt, so sind Beiträge nach der entsprechend niedrigeren Gehaltsklasse zu entrichten. Das gleiche gilt, wenn die Gehaltsbezüge den Ehefrauen oder sonstigen Angehörigen der Versicherten gezahlt werden.

Die von den Arbeitgebern den Ehefrauen oder sonstigen Angehörigen der Versicherten nach ordnungsmäßiger Auflösung des Angestelltenverhältnisses gewährten Zuwendungen werden nicht als Gehalt angesehen und verpflichten nicht zur Beitragsentrichtung.

Diese Anschauung des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte beruht auf folgenden Erwägungen:

Maßgebend für die Entscheidung der Frage ist die Tatsache, ob das Angestelltenverhältnis anläßlich der Einziehung der Versicherten zur Erfüllung der Wehrpflicht aufgelöst wird oder nicht.

Zur Lösung des Dienstverhältnisses zwischen dem Arbeitgeber und dem Versicherten aus Anlaß seiner Einberufung zu den Fahnen ist in rechtlicher Hinsicht eine förmliche Kündigung erforderlich (§ 626 Abs. 2 BGB., § 66 HGB.). Die Kündigung wird fristlos erfolgen können, denn die Einziehung zur Erfüllung der Wehrpflicht wird als wichtiger Grund im Sinne des § 626 BGB, § 72 Ziff. 3 HGB. anzusehen sein. Wenn und solange aber das Kündigungsrecht nicht ausgeübt ist, besteht das Dienstverhältnis als solches fort, d. h. der Arbeitgeber ist zur Weiterzahlung des Gehaltes verpflichtet, der Versicherte muß dem Arbeitgeber seine Dienste zur Verfügung halten. Der Umstand, daß die Verfügungsmacht des Arbeitgebers über die Arbeitskraft des Versicherten tatsächlich zeitweilig ruht, ist nach allgemein anerkannten Rechtsgrundsätzen auf dem Gebiete der Invalidenversicherung, denen für den Bereich der Angestelltenversicherung beizutreten ist, unerheblich. Die Fortzahlung des Gehalts verpflichtet hiernach unter der bezeichneten Voraussetzung zur Weiterentrichtung der Beiträge.

Ist dagegen die Kündigung ordnungsmäßig erfolgt und wird gleichwohl das Gehalt weitergezahlt, so nimmt die Gehaltszahlung den Charakter der Schenkung oder Unterstützung an, die eine Beitragspflicht nicht begründen. Das wird selbst dann zu gelten haben, wenn der Arbeitgeber bei der Kündigung erklärt hat, den gekündigten Angestellten auf sein Ansuchen später wieder in die frühere Stellung aufzunehmen.

Die Kündigung kann selbstverständlich auch nachträglich erfolgen.

Im übrigen ist hervorzuheben, daß bei Streit über die erörterten Fragen im instanziellen Verfahren gemäß § 210 VGfA. zu entscheiden sein wird (I 5978/14)."

Digitized by Google

2. Anrechnung der Militärdienstzeiten. Man nahm und nimmt allerdings vielfach an, daß bei der Berechnung der Wartezeit und der Renten in der Angestelltenversicherung entsprechend dem Vorbilde der allgemeinen Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung auch die in § 51 Angest.Vers.Ges. vorgesehenen Zeiten (Krankheit, Militärdienst, Ausbildung) mit in Betracht gezogen würden. Diese Ansicht trifft aber nicht zu. Bei Berechnung der Wartezeit und der Renten werden nur die tatsächlich durch Beiträge nachgewiesenen Zeiten berücksichtigt. Das Gesetz kennt auch keine Festsetzungen darüber, wie solche Ersatzzeiten oder -tatsachen bei Berechnung der Wartezeit und der Renten in Anrechnung zu bringen sind.

Ein über diese Frage von der „Freien Vereinigung für soziale Versicherung der Privatangestellten" im Jahre 1913 eingeholter Bescheid der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte lautet (abgedruckt in Jähnel, „Reichsversicherungsordnung und Angestelltenversicherungsgesetz in gemeinverständlicher Darstellung", S. 126/27, Verlag G. Ziemsen, Berlin, 1,50 M.):

„Der § 51 des Versicherungsgesetzes für Angestellte gilt nach seinem Wortlaut weder für die Fälle der Berechnung der Wartezeit (§ 48 a. a. O.) noch für die Fälle der Rentenberechnung (§§ 55 ff.). Die Vorschriften im § 51 a. a. O. sollen nach der Absicht des Gesetzgebers nur zur Vermeidung des Verfalls des Rechtes zur freiwilligen Versicherung (§ 15 a. a. O.) sowie des Erlöschens der Anwartschaft (§ 49 a. a. O.) dienen. In dem „Entwurf eines Versicherungsgesetzes für Angestellte" entsprach dem jetzigen § 51 der § 50. Er verwies in seinem Eingang lediglich auf den § 48 des Entwurfs (jetzt § 49). Die Begründung führt (S. 110 der Reichstagsdrucksache Nr. 1035 von 1909/11) aus, daß, um den Verlust der Anwartschaft für die Pflichtversicherten möglichst auszuschließen, der Entrichtung von Beiträgen zur Aufrechterhaltung der Anwartschaft die im Gesetze bezeichneten Ersatztatsachen gleichzustellen seien, daß diese Zeiten jedoch zur Erhöhung der Anwartschaft nicht beitragen dürften, weil sie durch Beiträge nicht mitgedeckt würden.

Hiernach war von vornherein beabsichtigt, Zeiten, in denen Beiträge nicht geleistet werden, zur Erfüllung der Wartezeit nicht anzurechnen. In der ersten Kommissionsberatung ist dann im Eingang des § 50 des Entwurfs noch der § 15 des Entwurfs (§ 15 des Gesetzes) zitiert worden. Dies hat die Bedeutung, daß auch die freiwillige Fortsetzung der Versicherung durch die Anrechnung der Ersatztatsachen erleichtert werden sollte. Ein Redaktionsversehen liegt hiernach nicht vor.

Eine Aenderung des Gesetzes wird nicht beabsichtigt."

Das ist allerdings eine Auslegung, auf die man nach dem bloßen Gesetzestexte nicht ohne weiteres kommt, aber sie stellt zweifellos fest, daß die vorgenannten Ersatztatsachen nur berücksichtigt werden, um einen Verlust der Anwartschaft zu vermeiden, daß sie aber nicht als Beitragszeiten gelten.

Da somit bei Berechnung der Renten nur tatsächlich geleistete Beiträge berücksichtigt werden, werden die Privatangestellten (bei den jetzt zu den Fahnen eingezogenen wohl zunächst die Angehörigen) zu prüfen haben, ob sie etwa freiwillig die bisherigen Beiträge weiter zahlen wollen, sofern nicht nach Absatz 1 die Versicherungspflicht weiterbesteht.

3. Die freiwillige Fortsetzung der Versicherung (§ 15 AngestVGes.) ist beim Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung und auch während des Aufenthalts im Auslande gestattet, sofern bereits sechs Monatsbeiträge auf Grund der Versicherungspflicht entrichtet sind. Die Weiterversicherung erfolgt in der Gehaltsklasse, die dem Durchschnitt der letzten sechs Pflichtbeiträge (Monatsbeiträge) entspricht oder am nächsten kommt (§ 18 a. a. O.).

Bei der freiwilligen Versicherung sind die Beiträge spätestens vor Ablauf des

Digitized by Google

Kalendervierteljahres der Reichsversicherungsanstalt in Berlin-Wilmersdorf, Hohenzollerndamm 193-95 portofrei einzusenden. Bis zum Eingang der Empfangsbestätigung der Reichsversicherungsanstalt dient der Postschein als Quittung (§ 201).

4. Leistungen der Angestelltenversicherung sind zurzeit noch nicht fällig, da die 10- bzw. 5-jährige Wartezeit (§§ 48, 396) für das Ruhegeld oder die Hinterbliebenenrenten seit dem Inkrafttreten des Gesetzes noch nicht verflossen ist. Daher kommt zunächst nur eine Beitragserstattung in Frage. § 398 a. a. O. bestimmt: „Tritt der Versicherungsfall innerhalb der ersten 15 Jahre nach dem Inkrafttreten des Gesetzes ein, ohne daß ein Anspruch auf Leistungen nach diesem Gesetze geltend gemacht werden kann, so steht beim Tode des Versicherten der hinterlassenen Witwe oder dem Witwer oder, falls solche nicht vorhanden sind, den hinterlassenen Kindern unter 18 Jahren ein Anspruch auf Erstattung der Hälfte der für den Verstorbenen eingezahlten Beiträge zu.

Bei der freiwilligen Versicherung werden drei Viertel der von dem freiwillig Versicherten eingezahlten Beiträge zurückerstattet."

Der Anspruch ist innerhalb eines Jahres nach dem Tode des Versicherten geltend zu machen. — Ueber den Nachweis des Todes bzw. der Verschollenheit hat an dieser Stelle bereits Herr Geh. Justizrat Hahn-Zehlendorf sich eingehend geäußert (Heft 24 S. 564 f. 1914). Auch ich glaube, daß sich nach diesem Kriege oder schon während desselben, bald das Bedürfnis nach einem besonderen Gesetze geltend machen wird, „durch welches das Verfahren und der Zeitpunkt des Todes in einer den besonderen Verhältnissen entsprechenden Weise geordnet wird." (Mot. zum BGB. I S. 39).

Ein Erstattungsanspruch nach § 398 ist nicht gegeben, wenn der Versicherte von der eigenen Beitragsleistung befreit war (infolge Zugehörigkeit zu einer Ersatzkasse, Lebensversicherung usw. — § 390 —). Nach der Gesetzesbegründung ist es der Zweck des § 398, besondere Härten für die Hinterbliebenen vorzeitig verstorbener Versicherter in der Uebergangszeit zu vermeiden. Eine solche Härte liegt aber nur dann vor, wenn Beiträge des Angestellten verfallen, ohne daß seinen Hinterbliebenen ein Anspruch aus dem Versicherungsverhältnis erwächst; sie kommt nicht in Frage, wenn der Angestellte selbst Beiträge nicht geleistet hat. (Sch. G. 3. Sept. 1913 G. 24, AngestVers. Amtl. Nachr. d. RVA. 13 S. 265, Monatsschr. für Arb.-Angestelltenvers. 1 S. 432).

II. Ein Vorschlag zum Ausbau des Gesetzes.

Die Ausführungen bei I Abs. 2 beweisen, daß den Angestellten, die mit der Einberufung zur Ableistung ihrer Militärpflicht, zu militärischen Uebungen und jetzt zum Kriegsdienste ihre Stellung und ihr Einkommen verlieren, diese Zeiten bei der Berechnung der Wartezeit und der Renten verloren gehen. Dieser Umstand ist gerade jetzt aus Anlaß des gegenwärtigen Krieges, der Millionen aus ihrem Erwerbsleben gerissen hat, beachtenswert. Viele Tausende von ihnen wird unsere Frage angehen. Warum sollen sie, die ausgezogen sind, ihr Leben für das Vaterland in die Schanze zu schlagen, gegenüber denjenigen Berufsgenossen, die in ihrem Schutze warm zu Hause sitzen und weiter dem Erwerbe nachgehen dürfen, noch in ihrer Altersversorgung benachteiligt werden? Es liegt schon eine bittere Ungerechtigkeit darin, daß die jungen militärtauglichen Versicherungspflichtigen durch die Erfüllung ihrer Militärdienstpflicht gegenüber den nicht militärtauglichen um 1 bis 3 Jahre benachteiligt werden! Das ergibt schon bei Erfüllung der Wartezeit, zu der 120 gezahlte Monatsbeiträge gehören (nicht, wie man überall annimmt, allgemein 10 Jahre), einen erheblichen Unterschied; hat doch ein militärfreier Angestellter seine Wartezeit in 10 Jahren, ein militärpflichtiger aber erst in 11 bis 13 Jahren — wozu noch mehrere Monate

Digitized by Google

Uebungszeiten treten — erfüllt! Bei der besonderen Berechnung des Ruhegeldes aus der Angestelltenversicherung, nach Teilen der insgesamt gezahlten Beiträge, ist die Benachteiligung der gedienten Angestellten gegenüber den ungedienten erheblich.

Aber nicht allein der Angestellte ist im Nachteil, sondern auch seine Angehörigen, denn deren Rente besteht in einem bestimmten Teil des Ruhegeldes.

Ist aber schon in gewöhnlichen Zeiten eine solche einseitige Benachteiligung eines Teiles der Versicherungspflichtigen ein offenbares Unrecht, so erscheint sie in Zeiten, in denen diese Personen unter schweren Entbehrungen, Mühen, Nöten und Gefahren, getreu bis zum Tode, der Allgemeinheit dienen, ganz unverständlich und durch nichts begründet. Eine solche Regelung ist unklug und unsozial, muß also gerade in einem sozialen Gesetze, wie es das Angestelltenversicherungsgesetz ist, befremden.

Es entspricht durchaus der Billigkeit, die Versicherten für Zeiten, die ihnen durch Erfüllung von Staatsbürgerpflichten verloren gehen, durch den Staat, die Allgemeinheit, zu entschädigen. Schon in den Motiven zum ersten Invalidenversicherungsgesetz (1888) heißt es auf S. 88: „Was den Ausfall infolge militärischer Dienstleistungen anbetrifft, so läßt sich zwar ein Durchschnitt allenfalls für Friedenszeiten, nicht aber für Kriegszeiten ermitteln; es entspricht aber, wie bereits in dem allgemeinen Teil der Begründung hervorgehoben ist, der Billigkeit, daß das Reich in beiden Fällen eintritt und denjenigen Betrag um welchen die Rente wegen derartiger Ausfälle würde gekürzt werden müssen, auf Reichsmittel übernimmt." (Nach § 40 Abs. 2 des alten Gesetzes wurden diese Rentenbeträge früher auf Reichsmittel übernommen, während sie jetzt nach § 1396 Abs. 3 RVO. zu den Gemeinlasten der Versicherungsanstalten gehören.)

Aber auch andere Erwägungen, als die dem menschlichen Gerechtigkeitssinn entspringenden, müssen dahin führen, daß hier das Gesetz eine bedenkliche Lücke aufweist. Unsere Sozialversicherungen sind Gegenseitigkeitsversicherungen. Professor Dr. Alfred Manes, Berlin, schreibt*): „Vom nationalökonomischen Standpunkte aus sind als Sozialversicherung im weitesten Sinne des Wortes zu bezeichnen alle auf Gegenseitigkeit beruhenden wirtschaftlichen Veranstaltungen welche der Deckung zufälligen schätzbaren Vermögensbedarf des Arbeiter- und Mittelstandes (der Angestellten, Betriebsbeamten, kleinen selbständigen Unternehmer, Handwerker u. dgl. m.) dienen . . . Besonders wesentlich ist das in der Begriffsbestimmung hervorgehobene Moment der Gegenseitigkeit. Diese setzt eine Vielheit von Personen, von Wirtschaften voraus, welche untereinander in der Weise in Verbindung stehen, daß die eine der andern zu helfen verpflichtet ist."

Und weiter: „Jeder versicherte Arbeiter hat . . . einen Einsatz, einen Beitrag zu leisten. Der Einsatz muß aber nicht immer in Geld bestehen; er kann gerade so gut etwa in der Bereitstellung der Arbeitskraft zum Ausdruck kommen."

Das Wesen der Gegenseitigkeit erfordert, daß Einsatz und Leistungen aller Beteiligten unter gleichen Voraussetzungen gleich sind: Alle Mitglieder einer Gegenseitigkeitsgesellschaft haben bei gleichen Einsätzen gleiche Leistungen zu beanspruchen. Wird ein Mitglied dieser großen staatlichen Gegenseitigkeitsgesellschaft, der Angestelltenversicherung, durch die Erfüllung einer Staatsbürgerpflicht, des Militärdienstes, verhindert, seinen Einsatz eine Zeit lang in Geld zu leisten, so muß auch diese Bereitstellung seiner Arbeitskraft als Einsatz gelten. Er dient der Allgemeinheit, dem Vaterlande, auch seiner Versicherungsgemeinschaft, und diese Gemeinschaft muß auch ohne seine Geldleistung soviel Einzelbeträge zusammenbringen, wie zur Deckung aller in Betracht kommenden Bedarfsfälle erforderlich sind.

*) Manes, Sozialversicherung, Sammlung Göschen Bln. 1912 S. 5/6.

Digitized by Google

Die allgemeine Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung trägt auch diesem Elementargrundsatz der Gegenseitigkeit Rechnung; um so unverständlicher ist es daher, daß ihn die Angestelltenversicherung, die als Zusatzversicherung zu jener eingerichtet ist, nicht berücksichtigt. Es ist auffallend, daß den bei der Beratung des „Entwurfs eines Versicherungsgesetzes für Angestellte" beteiligt gewesenen Sozialpolitikern diese Tatsache entgangen zu sein scheint. Die Weigerung der Regierung, die Ersatzzeiten bzw. -tatsachen (Militärdienst, Krankheit, Fortbildung) nach dem Vorbilde der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung voll anzurechnen, ist in Gründen finanzieller Natur zu suchen. Solche Gründe dürfen aber keineswegs genügen um eine so berechtigte Forderung, wie die hier erhobene, unerfüllt zu lassen. Die Kritik, welche sich gegen das Gesetz richtet, bemängelt immer wieder die geringen Leistungen bei verhältnismäßig hohen Prämien und einer über Gebühr langen Wartezeit und die teuere und verwickelte Organisation. Hier ist, wenn die hohen Beiträge nicht auch noch zur Deckung der durch Ersatztatsachen mit entstandenen Ansprüche ausreichen sollten, zu sparen — und nochmals zu sparen. Uebrigens zweifeln viele Sachkundige nicht mehr daran, daß die jetzigen Beiträge auch für höhere Leistungen, als sie das Gesetz jetzt kennt, genügen werden. Man berücksichtige doch nur, welche ungeheuren Summen die Versicherung in den ersten 10 Jahren, in denen sie nur geringe Teilleistungen (Heilverfahren, Beitragserstattungen und nach 5 Jahren Ruhegeld an weibliche Versicherte und Hinterbliebenenrenten) zu decken hat, ansammeln wird.

Die Reichsversicherungsanstalt hat nach § 173 des Gesetzes in fünfjährigen Zeitabschnitten, erstmalig für den 31. Dezember 1919, eine versicherungstechnische Bilanz aufzustellen. Bei der Unzulänglichkeit der ersten technischen Grundlagen ist zu erwarten, daß schon die Bilanz vom 31. Dezember 1919 zu einer Verbesserung der Leistungen führen wird. Dann wird es an der Zeit sein, den gerügten Mangel abzustellen. Eine frühere Aenderung des Gesetzes ist dieserhalb nicht erforderlich, denn die ersten Ansprüche männlicher Versicherter auf Ruhegeld können erst im Jahre 1923 geltend gemacht werden, aber man muß unbedingt fordern, daß die Militärdienstzeiten dann rückwirkend bis zum Zeitpunkte des Inkrafttretens des Gesetzes angerechnet werden. Nur so werden die jetzt zu den Fahnen einberufenen Versicherten vor den vorgenannten Ausfällen geschützt.

Selbstverständlich soll für diejenigen Versicherten, die während der militärischen Dienstleistungen im Besitze ihres Stelleneinkommens bleiben auch die Verpflichtung zur Entrichtung von Geldbeiträgen im heutigen Umfange bestehen bleiben (vergl. I Abs. 1). Daraus ergibt sich, daß für die Zeiten der militärischen Uebungen Ersatztatsachen in geringer Zahl anzurechnen sein werden, denn für die weitaus meisten Angestellten besteht nach § 63 HGB., § 616 BGB. bzw. § 133 c GO. bei solchen „unverschuldeten Verhinderungen an der Leistung der Dienste" für die Dauer von 6 Wochen ein gesetzlicher Anspruch auf Fortzahlung des Gehaltes oder Lohnes. Nur für darüber hinausgehende Zeiten, in denen die Stellenbezüge nicht mehr gewährt werden, wären Ersatztatsachen anzurechnen.

Für die Zeit der Erkrankung steht den Angestellten nach den soeben genannten Bestimmungen gleichfalls ein Anspruch auf Fortzahlung des Gehaltes für die Dauer von 6 Wochen zu, sofern die Krankheit eine unverschuldete ist. Für Krankheitszeiten, in denen der Versicherte das Gehalt fortbezieht, sind nach § 170 Abs. 2 Satz 2 AVG. weiter Beiträge zu entrichten. Mindert sich das vom Versicherten während Krankheitszeiten fortbezogene Gehalt vertragsmäßig um die ihnen aus einer Krankenversicherung zufließenden Beträge, so bemißt sich die Höhe der für die Krankheitszeiten zu entrichtenden Beiträge nur nach dem verminderten Gehalte. Das Krankengeld ist in das Gehalt nicht einzurechnen (ReichsVAnst. für Angest. vom 20. März 1913 I 16371, Monatsschr. für Arb.- und AngestVers. 1 S. 200 Arch. für

Digitized by Google

Reichsvers. 1913 S. 199). Nach dem Fortfall des Stelleneinkommens sind Krankheitszeiten beitragsfrei und werden wie Militärdinstzeiten nur zur Aufrechterhaltung der Anwartschaft angerechnet.

Man wird fordern müssen, daß für diese beitragsfreien Krankheitszeiten nach dem Vorbild der allgemeinen Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung auch Ersatztatsachen bei Berechnung der Wartezeit und der Renten angerechnet werden.

Zu einer gleichen *Anrechnung der Fortbildungszeiten* (§ 51 No. 4) kann ich mich allerdings zunächst nicht bekennen, denn in diesem Falle kann man nicht gut von einer der Billigkeit entsprechenden Schadloshaltung des Versicherten reden, auch fehlt es hier m. E. an dem hervorragendsten Merkmal der Zugehörigkeit zu der Gegenseitigkeitsgesellschaft: dem Einsatz. Hier dürfte die gegenwärtige Vergünstigung genügen.

Welchem Monatsbeitrage würden die Ersatztatsachen gleichzuachten sein? Bei der allgem. Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung werden Wochenbeiträge der II. Lohnklasse, bis zu einem versicherungspflichtigen Jahresarbeitsverdienstes von 550 Mk., angerechnet. Das ist rund der 4. Teil des überhaupt versicherungspflichtigen Jahresarbeitsverdienstes von 2000 Mark. Es soll hier dahingestellt bleiben, wieweit eine solche Anrechnung noch den heutigen Lohnverhältnissen entspricht, tatsächlich sind heute die jungen Leute beim Eintritt ins Heer meist bereits in der V. Lohnklasse (über 1150 Mk.) versichert.

Wendet man aber den gleichen Maßstab auch bei der Angestelltenversicherung an, so wären Beiträge der Gehaltsklasse D, Jahresarbeitsverdienst 1150 bis 1500 Mark, anzurechnen $\left(\frac{5000}{4} = 1250\right)$. Es wird nicht möglich sein, für die vielen, dem Angestelltenversicherungsgesetz unterliegenden Erwerbsgruppen für einen bestimmten Zeitpunkt, dem Eintritt ins Heer, einen allgemeinen Jahresarbeitsverdienst festzustellen. Einmal schwankt der Zeitpunkt durch die auf Grund des Einjährigenprivilegs mögliche Zurückstellung außerordentlich, und dann sind auch die Gehälter der Versicherten je nach Beruf, Vorbildung, Stellung und Beschäftigungsort grundverschieden. Die allgemeine Festsetzung einer bestimmten Lohnklasse wird bei der Angestelltenversicherung nie den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen. Deshalb schlage ich vor, daß *die Anrechnung* (entsprechend wie bei der freiwilligen Fortsetzung der Versicherung nach § 18) *in derjenigen Lohnklasse erfolgt, die dem Durchschnitt der letzten sechs Pflichtbeiträge entspricht oder am nächsten kommt.* Bei weniger als sechs Pflichtbeiträgen ist die Lohnklasse nach dem Durchschnitt der überhaupt verwandten Pflichtbeiträge anzunehmen. Eine solche Anrechnung entspricht den tatsächlichen und persönlichen Verhältnissen und schließt jede unbillige Benachteiligung aus.

Wie die Aenderung in den Text des Gesetzes einzuschalten wäre, wird gelegentlich mit anderen Wünschen in Bezug auf redaktionelle Aenderungen des Gesetzes zu sagen sein.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Die Ersatzkassen haben nur eine Pflicht, nicht einen Anspruch auf Rechtshilfe.

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 10. September 1914.

Die Kranken- und Begräbniskasse in H. — Ersatzkasse — ersuchte die Allgemeine Ortskrankenkasse S. um Auskunft darüber, an welchen Krankheiten ihr Mitglied K. während der Zeit seiner früheren Mitgliedschaft bei der Ortskrankenkasse gelitten habe und ob er während dieser Krankheiten arbeitsunfähig gewesen sei. Die Ortskrankenkasse verweigerte die Gewährung der Rechtshilfe.

Digitized by Google

Das Versicherungsamt erachtete die Weigerung für begründet. Das Oberversicherungsamt gab der Beschwerde der Ersatzkasse statt. Auf weitere Beschwerde der Ortskrankenkasse erklärte das Reichsversicherungsamt die Verweigerung für gerechtfertigt aus folgenden Gründen:

Der Wortlaut des § 524 RVO. spricht nicht für die Auslegung, daß den Ersatzkassen außer der Verpflichtung der Rechtshilfe auch das Recht auf solche habe gewährt werden sollen. Allerdings sagt § 116 RVO., daß Organe der Versicherungsträger „einander" Rechtshilfe zu leisten haben und § 524 RVO. nimmt auf § 116 RVO. Bezug; aber dies geschieht nur in dem Sinne, daß die Verpflichtung nach § 116 RVO. den Ersatzkassen auferlegt wird. Hätte § 524 RVO. den Ersatzkassen auch das Recht auf Rechtshilfe gewähren wollen, so hätte der Gesetzgeber jedenfalls eine andere Ausdrucksweise gewählt, zumal die Begründung zum Entwurf S. 68 zu §§ 128 bis 130 RVO. ausdrücklich sagt: „Ersatzkassen haben nur die Pflicht zur Rechtshilfe". Es ist ferner zu berücksichtigen, daß unter der Geltung des Krankenversicherungsgesetzes und des Gesetzes über die eingeschriebenen Hilfskassen vom $\frac{\text{7. April 1876}}{\text{1. Juni 1894}}$ die Träger der Krankenversicherung nicht das Recht auf Rechtshilfe hatten. Wenn die Reichsversicherungsordnung den Krankenkassen das Recht auf Rechtshilfe gewährt, so ergibt sich daraus noch nicht, daß für Ersatzkassen das Gleiche gilt. Jene sind öffentlich-rechtliche Körperschaften, diese dagegen privatrechtliche Gebilde, was sich auch daraus ergibt, daß sie dem Reichsgesetz über die privaten Versicherungsunternehmungen vom 12. Mai 1901 unterstellt sind. Die Ersatzkassen stehen also den Krankenkassen keineswegs in allen Beziehungen gleich. Gegenüber den erörterten Gründen kann der Umstand, daß der Geschäftsbetrieb der Ersatzkassen gegenüber dem der Krankenkassen in Ermangelung des Rechtes auf Rechtshilfe hier und da erschwert sein mag, nicht zu einer anderen Beurteilung führen. Nach alledem ist die auch in der Literatur vertretene Auffassung, daß die Ersatzkassen nicht den Anspruch auf Rechtshilfe haben, für zutreffend zu erachten (vgl. Hanow, Komm. zur RVO. I. Buch 3. Aufl. S. 303/304 Anm. 7 zu § 115, Hahn, Handb. der KrVers. S. 686, Anm. zu § 524, Stier-Somlo, Handausg. zur RVO. Anm. 2 zu § 116).

Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts.

(Heft 10 der Amtl. Nachr. v. 15. Oktober 1914.)

Eine Person, deren regelmäßiges jährliches Gesamteinkommen seit einem vor dem 1. Januar 1914 liegenden Zeitpunkt 4000 M. übersteigt und deren Kasse zum 1. Januar 1914 geschlossen worden ist, ist bei der an die Stelle dieser Kasse tretenden Kasse nicht versicherungsberechtigt (1901 S. 722).

Die Einleitung eines Auseinandersetzungsverfahrens (§§ 285 ff. RVO.) ist nur bei der Vereinigung von Krankenkassen und in den Fällen des § 298 RVO. nicht auch in anderen Fällen aus Billigkeitsgründen zulässig (1902 S. 723).

Wenn bei Ueberleitung in das Recht der Reichsversicherungsordnung ein Teil einer bestehenden Kasse aus dieser ausscheidet und einer anderen, ebenfalls bestehen bleibenden Kasse angegliedert wird, so finden die Bestimmungen des Bundesrats vom 21. November 1913 (Amtl. Nachr. 1913 S. 804)*) Anwendung. Von einer Auseinandersetzung ist hierbei grundsätzlich nur abzusehen, wenn es sich um eine geringfügige Verschiebung des Mitgliederbestandes handelt (1903 S. 724).

Auch bei der Wahl zum Vorstand einer Ortskrankenkasse müssen Wahlvorschläge vom Wahlleiter geprüft und gegebenenfalls zur Beseitigung von Anständen zurückgegeben werden. — Die auf einem Wahlvorschlage fehlende Unterschrift eines Wahlberechtigten wird nicht ohne weiteres dadurch ersetzt, daß ein Wahlberechtigter den Vorschlag einreicht (1904 S. 728).

Eine Wahl zum Ausschuß einer Krankenkasse kann nicht deshalb angefochten werden, weil der Vorstand, obwohl er die Wahl leitete, von der ihm nach der Wahlordnung zustehenden Befugnis, einen Wahlvorschlag einzureichen Gebrauch gemacht hat (1905 S. 729).

Für Betriebskrankenkassen ist eine Satzungsbestimmung, daß der Ausschuß nach Bezirken oder Berufsgruppen gewählt wird, grundsätzlich zulässig (1906 S. 730).

Sind nach der Satzung einer Krankenkasse Pflichtbeiträge bis zu einem bestimmten Tage des Monats im voraus zu zahlen, so kommen die Arbeitgeber mit der Beitragszahlung erst dann in Rückstand, wenn der Tag ohne Zahlungsleistung verstrichen ist (1907 S. 732).

Bei den Wahlen zu den Organen der Krankenkassen sind die innerhalb des Wahlverfahrens vom Wahlvorstand entsprechend der Wahlordnung vorzunehmenden Handlungen, z. B. das Wahlausschreiben, einer selbständigen Anfechtung grundsätzlich entzogen (1908 S. 732).

Ein bei Krankenkassen nur zur Leitung der Wahlhandlung bestellter Bevollmächtigter ist nicht zur Entgegennahme von Wahlvorschlägen befugt (1909 S. 734).

Wenn nach der Wahlordnung einer Krankenkasse Stimmzettel, die oder deren Umschläge ein Merkmal zur Kennzeichnung haben, ungültig sind, so ist das nur auf solche Stimmzettel zu beziehen,

*) RGBl. 1913 S. 762, ArbVers. 1913 S. 850.

Digitized by Google

die sich von anderen für den gleichen Wahlvorschlag abgegebenen Stimmzetteln oder deren Umschlägen unterscheiden. — Sind gültige Stimmzettel bei Feststellung des Wahlergebnisses nicht berücksichtigt worden, ohne daß gleichzeitig das Wahlverfahren an wesentlichen Mängeln litt, so ist lediglich das Wahlergebnis erneut festzustellen (1910 S. 734).

Eine Anordnung des Versicherungsamts aus § 377 RVO. kann nicht von dem angefochten werden, der ihr freiwillig Folge geleistet hat (1911 S. 736).

Die Beschwerde gegen eine Anordnung des Versicherungsamts, welche die Beschlußfassung des Kassenvorstandes über die Bestellung von Kassenangestellten betrifft, steht nicht einzelnen Mitgliedern des Vorstandes, sondern nur diesem als solchem zu. Sie ist nicht mehr zulässig, wenn der Vorstand die Anordnung befolgt hat (1912 S. 737).

Der Vorsitzende des Oberversicherungsamts ist in Fällen des § 1640 RVO. (bei Streit zwischen zwei Versicherungsämtern über ihre Zuständigkeit) zur Abgabe der Sache an das Reichsversicherungsamt nach § 1799 RVO. befugt. Nach Art. 86 EinfGes. zur RVO. ist zur Weiterführung einer anhängigen Streitsache das Versicherungsamt berufen, das zu entscheiden hätte, wenn auf das Verfahren von Anfang an die Reichsversicherungsordnung anzuwenden gewesen wäre (1914 S. 740).

Das Reichsversicherungsamt ist in einer Beschlußsache, die nach § 1799 RVO. abgegeben ist, weil es sich um eine noch nicht festgestellte Auslegung gesetzlicher Vorschriften handelt, auch zuständig, wenn ein Bezirk in Frage kommt, für den ein Landesversicherungsamt besteht. — Vorentscheidungen sind im Beschlußverfahren in demselben Umfange zulässig, wie im Spruchverfahren (1915 S. 741).

B. Zur Unfallversicherung.

Der Pauschsatz für Krankenpflege aus § 1513 RVO. ist auch für Sonntage zu zahlen.

Entsch. des Versicherungsamts der Stadt Berlin vom 31. Dezember 1913.

Nach § 1513 RVO. hat die Krankenkasse der Berufsgenossenschaft, sofern sie bei einem Kassenmitgliede das Heilverfahren vor der 13. Krankheitswoche übernimmt, insoweit Ersatz zu leisten, als der Kranke von ihr nach Gesetz oder Statut Krankenhilfe beanspruchen könnte. Dabei gelten als Ersatz für Krankenpflege drei Achtel des Grundlohnes, nach welchem sich das Krankengeld des Berechtigten bestimmt.

Der klägerischen Berufsgenossenschaft ist darin beizustimmen, daß sie auch für den Sonntag Ersatz für Krankenpflege in Höhe von drei Achtel des Grundlohnes fordert. Dieser Satz von drei Achtel des Grundlohnes stellt eine Pauschalierung dar, ohne Rücksicht darauf, was an dem einzelnen Tage geleistet ist. Abgesehen hiervon ist aber zu bemerken, daß ärztliche Verrichtungen und die Anwendung von Heilmitteln, der Gebrauch der Arznei nicht allein an Werktagen, sondern auch an den Sonntagen stattfindet, das Heilverfahren „ruht" nicht etwa an den Sonntagen — von den in die Woche fallenden Festtagen, für welche auch Krankengeld gezahlt wird, schweigt die Entgegnungsschrift der Beklagten —, sondern wird ohne Unterbrechung fortgesetzt. Es mag nur daran erinnert werden, daß die arbeitsfähig kranken Kassenmitglieder die Kassenärzte gerade an den Sonntagen stark in Anspruch nehmen, um bei ihrer Werktagsarbeit keine Einbuße zu erleiden. Beklagte hat dann auch selbst zugegeben, daß Krankenhilfe „auch einmal" am Sonntag geleistet werde.

Mag nun auch das Heilverfahren an den Sonntagen in geringerem oder stärkerem Maße in Anwendung kommen; jedenfalls besteht ein Anspruch darauf, und lediglich darauf kommt es an. In dieser Beziehung mußte das Versicherungsamt sogar noch weiter gehen als die Beklagte, welche ihren Ersatzanspruch darauf stützt, daß sie dem Verletzten tatsächlich Krankenpflege gewährt habe. Nicht darauf kommt es an, was und wieviel dem Verletzten an den einzelnen Tagen an Krankenhilfe geleistet worden ist, sondern ob der Verletzte auf diese Krankenpflege einen gesetzlichen Anspruch hat. Diese Frage ist unbedenklich zu bejahen: dem Verletzten stehen die Kassenleistungen an den Sonntagen sowohl wie an den Festtagen und den Werktagen in gleichem Maße zur Verfügung.

Das Krankenversicherungsgesetz vom 10. April 1892 enthält eine ähnliche Bestimmung in § 57 Abs. V. Hier ist angeordnet, daß bei Uebernahme eines Heilverfahrens eines Kassenmitgliedes durch den Armenverband, durch eine andere Krankenkasse usw. als Ersatz der im § 6 Abs. 1 Ziff. 1 bezeichneten Leistungen (ärztliche Behandlung usw.) die Hälfte des gesetzlichen Mindestbetrages des Krankengeldes zu gewähren ist. Bei Anwendung dieser Bestimmung ist verschiedentlich dahin Ent-

Digitized by Google

scheidung getroffen worden, daß das Pauschquantum, da es ein Entgelt für die täglich zu gewährende ärztliche Behandlung usw. darstellt, auch für Sonn- und Festtage zu berechnen ist, selbst wenn der Erkrankte statutengemäß nur für die Arbeitstage Anspruch auf Krankengeld hat (siehe Hoffmann, Komm. zum KVG. Anm. 8 zu § 57, Entsch. des Preuß. OVG. vom 29. April 1886 — Entsch. XIII S. 379 —, vom 23. Oktober 1890 — XX, 360 —, vom 15. Februar 1892 — P. V. Bl. XIII, 294 —, Entsch. des Bd. VGH. vom 18. März 1891 — Reger XII, 21 — und vom 2. Februar 1892 — ArbVers. 1892 S. 479).

Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts.

(Heft 10 der Amtl. Nachr. v. 15. Oktober 1914).

Bei selbstversicherten gewerblichen Kleinmeistern erstreckt sich die Versicherung in der Regel auf die Wege, die sie im Interesse des technischen Teiles ihres Betriebs zwischen ihrer Wohnung und der auswärtigen Betriebsstätte zurücklegen (Großer Senat; 2745 S. 713).

Die Zwangsversicherung landwirtschaftlicher Betriebsunternehmer erstreckt sich auch auf die bei der Berufsgenossenschaft mitversicherten Nebenbetriebe (2746 S. 715).

Der Rekurs ist trotz ungesetzlicher Vernehmung im Einspruchsverfahren zurückzuweisen, wenn die angefochtene Entscheidung nicht auf diesem, an sich wesentlichen Mangel des Verfahrens beruht (2748 S. 716).

Ist der Verletzte nur vom Geschäftsführer der Berufsgenossenschaft ohne Mitwirkung eines Mitglieds des zuständigen Genossenschaftsorgans vernommen, so liegt ein wesentlicher Mangel des Verfahrens vor, der die Aufhebung der Entscheidung des Oberversicherungsamts und des Endbescheides, sowie die Zurückverweisung der Sache an die Berufsgenossenschaft rechtfertigt (2747 S. 715).

Holt im Einspruchsverfahren das Versicherungsamt von Amts wegen ein ärztliches Gutachten ein, so ist die Auswahl des Gutachtens dem pflichtmäßigen Ermessen des Vorsitzenden überlassen (2749 S. 716).

Steht der Vernehmung des Berechtigten ein leicht und mit geringen Kosten zu beseitigendes Hindernis entgegen, so darf der Vorsitzende des Versicherungsamts Maßnahmen treffen, um die Vernehmung zu ermöglichen. Die Kosten sind vom Versicherungsträger zu erstatten (2750 S. 716).

Ordnet das Versicherungsamt das Erscheinen des bereits vernommenen Berechtigten zu einem weiteren Termin an, so ist nicht ausgeschlossen, daß der Versicherungsträger die dafür gewährte Vergütung zu erstatten hat (2751 S. 717).

Dem Berechtigten sind für sein Erscheinen zur Vernehmung im Einspruchsverfahren Auslagen nicht zu vergüten, wenn die Vernehmung vor dem Versicherungsamt erfolgt; erhält er dennoch eine Entschädigung, so ist der Versicherungsträger zur Erstattung nicht verpflichtet (2752 S. 718).

Die Festsetzung der gerichtlichen Kosten des Oberversicherungsamts ist eine Entscheidung im Sinne des § 1793 RVO. (2753 S. 719).

Ist eine im Rekursverfahren beigeladene Berufsgenossenschaft zur Entschädigungsleistung verurteilt, so hat sie die Kosten des Schiedsgerichtsverfahrens der bisher allein am Verfahren beteiligten Berufsgenossenschaft zu erstatten. Die unrichtige Ansicht dieser Berufsgenossenschaft über die Entschädigungspflicht und ihr sich hieraus ergebendes unrichtiges prozessuales Vorgehen ist für die Frage der Kostenerstattung ohne Bedeutung (2754 S. 720).

Ueber Beschwerden gegen Festsetzung von Ordnungsstrafen durch die Spruchkammer des Oberversicherungsamts auf Grund der §§ 1679, 1664 RVO. (wegen Ungebühr) entscheidet das Reichsversicherungsamt ohne Mitwirkung des Beschlußsenats (2755 S. 721).

Für die Zuständigkeit des Oberversicherungsamts im Berufungsverfahren der Unfallversicherung ist der Wohn- oder Beschäftigungsort der Hinterbliebenen ohne Einfluß (2756 S. 721).

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Auch bei vorübergehender Invalidität ist die Anrechnung weiterer Beitragswochen ausgeschlossen (§ 1236 RVO).

Rev.-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 7. Juli 1914 (1894 Amtl. Nachr. 1914 S. 693).

Im § 4 Abs. 2 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes war vorgeschrieben, daß die Versicherungspflicht für diejenigen Personen nicht eintrete, welche infolge ihres körperlichen oder geistigen Zustandes dauernd nicht mehr imstande seien, mindestens ein Drittel des ortsüblichen Tagelohns gewöhnlicher Tagearbeiter zu verdienen. Damit sollte der allgemeine versicherungsrechtliche Gedanke zum Ausdruck gebracht werden, daß niemand in eine Versicherung eintreten kann, wenn der Umstand, gegen den er sich versichern

Digitized by Google

will, bereits eingetreten ist (zu vgl. Bosse und Woedtke: Das Reichsgesetz, betreffend die Invaliditäts- und Altersversicherung vom 22. Juni 1889 Anm. 4 zu § 4). Auch die entsprechende Vorschrift des § 5 Abs. 4 JVG. erwähnt nur die dauernd Erwerbsunfähigen. Ueber den Ausschluß der vorübergehend Erwerbsunfähigen aus der Versicherung traf weder das Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz noch das Invalidenversicherungsgesetz eine ausdrückliche Vorschrift. § 10 J. und AVG. sah nur vor, daß auch die nicht dauernd erwerbsunfähigen Versicherten eine Invalidenrente erhalten sollten, wenn sie während eines Jahres ununterbrochen erwerbsunfähig gewesen seien und die Erwerbsunfähigkeit fortbestehe, und zugleich durften nach § 17 Abs. 4 J. und AVG. Krankheiten bis zur Dauer eines Jahres als Beitragszeit angerechnet werden. So konnte nach dem Inkrafttreten des Invalidenversicherungsgesetzes, das im § 16 die Krankenrente bereits nach 26 Wochen vorübergehender Erwerbsunfähigkeit gewährte, die Anrechnungsfähigkeit von Krankheiten bis zu einem Jahre aber bestehen ließ (§ 30 Abs. 5), die Frage entstehen, ob nunmehr noch eine mit vorübergehender Erwerbsunfähigkeit verbundene Krankheit auch über die ersten 26 Krankheitswochen hinaus bis zur Dauer eines Jahres, jedoch längstens bis zur Erfüllung der Wartezeit für die Krankenrente anzurechnen sei. Die Revisionsentscheidung 817 (Amtl. Nachr. 1900 S. 673) hat diese Frage bejaht, und zwar hauptsächlich mit der Begründung, daß die Herabsetzung der Frist, nach deren Ablauf die Krankenrente zu gewähren ist, auf 26 Wochen nach der Absicht des Gesetzes den Versicherten nicht zum Nachteil ausschlagen dürfe. Nach dieser Entscheidung hat die Praxis unter der Herrschaft des Invalidenversicherungsgesetzes verfahren. Die Reichsversicherungsordnung hat nun aber das frühere Recht weiter ausgestaltet, indem sie als Voraussetzung für die Versicherungsfreiheit im § 1236 nicht mehr die dauernde Invalidität, sondern schlechthin die Invalidität nennt. Nach der Begründung zu § 1222 des Entwurfs (§ 1236 des Gesetzes) S. 394 waren hierfür folgende Erwägungen maßgebend:

„Es ist ein anerkannter Grundsatz, daß der Versicherte mit dem Eintritt des Versicherungsfalls aus der Versicherung ausscheidet. Bei der Invalidenversicherung gelten einerseits der Eintritt dauernder Invalidität und anderseits der Beginn der siebenundzwanzigsten Woche vorübergehender Invalidität als Versicherungsfälle. In Uebereinstimmung hiermit ist im § 146 JVG. vorgeschrieben, daß diese beiden Versicherungsfälle gleichmäßig die freiwillige Versicherung ausschließen. Dem widerspricht die durch die Fassung des § 5 Abs. 4 JVG. gegebene Möglichkeit, daß jemand, der länger als 26 Wochen vorübergehend erwerbsunfähig ist, aber die sogenannte Krankenrente wegen Nichterfüllung der Wartezeit nicht erhält, für die nach dem Ablauf der sechsundzwanzigsten Woche liegende Zeit als versicherungspflichtig behandelt wird. Augenscheinlich liegt eine Lücke des Gesetzes vor, die sich bereits im § 4 Abs. 2 J. und AVG. fand und vermutlich dadurch veranlaßt ist, daß der dem § 16 JVG. entsprechende § 10 J. und AVG. erst auf den Antrag der Reichstagskommission eingefügt worden ist."

Hiernach kann die bisherige Praxis nicht mehr aufrecht erhalten werden. Vielmehr ist auch bei der vorübergehenden Invalidität mit dem Eintritt des Versicherungsfalles die Anrechnung weiterer Beitragswochen ausgeschlossen. Diese Ansicht wird auch in der Literatur geteilt. (Zu vgl. Hanow-Lehmann Anm. 5 zu § 1236, Düttmann Anm. 4, Weymann Anm. 6, Mentzel, die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung Anm. zu § 1236.) Der Verweisung der Sache an den Großen Senat bedurfte es nicht, weil die Abweichung von der Revisionsentsch. 817 durch die Aenderung der Gesetzgebung bedingt ist.

Das Urteil des Oberversicherungsamts, welches die ganze Dauer der Krankheit des Klägers vom 4. Oktober 1911 an bis zum 5. Juni 1912 über die sechsundzwanzigste Woche hinaus auf die Wartezeit anrechnet und hierdurch die Wartezeit für erfüllt erachtet, beruht hiernach auf einer unrichtigen Anwendung des bestehenden Rechtes und mußte aufgehoben werden (§ 1697 Nr. 1 RVO.).

Zugleich hatte der Senat in der spruchreifen Sache selbst zu entscheiden (§ 1715 Abs. 1 RVO.) und auf Abweisung des Klägers zu erkennen. Denn da außer den von der Beklagten anerkannten 166 Beitragswochen nur 26 Krankheitswochen auf die Wartezeit anrechnungsfähig sind, ist der erforderliche Nachweis von 200 Beitragswochen nicht erbracht, die Wartezeit somit nicht erfüllt (§ 1278

Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts.

(Heft 10 der Amtl. Nachr. v. 15. Oktober 1914.)

Die Verhängung einer Strafe nach § 1488 RVO. (wegen unterlassener oder verzögerter Markenverwendung oder Beitragsabführung) setzt Verschulden des Arbeitgebers voraus. Jedoch genügt hierzu jede Fahrlässigkeit (1913 S. 738).

Digitized by Google

D. Zur Angestelltenversicherung.

§ 390 AVG. gilt nicht für Mitglieder eines als Ersatzkasse zugelassenen Knappschaftsvereins.

Entsch. des preuß. Oberschiedsgerichts in Knappschaftsangelegenheiten vom 5. Juni 1913.

Das Versicherungsgesetz für Angestellte hat in § 372 bestimmt, daß gewisse bestehende Kasseneinrichtungen, und in § 388 Abs. 1 daselbst, daß Knappschaftsvereine unter bestimmten Voraussetzungen als sogenannte Ersatzkassen und somit als Kassen durch den Bundesrat zugelassen sind, deren Mitglieder kraft dieser Mitgliedschaft für die Zeit ihrer Zugehörigkeit zur Ersatzkasse von der Versicherungspflicht bei der Reichsversicherungsanstalt befreit sind (§ 373 Abs. 1 a. a. O.).

Von den Ersatzkassen handeln nun außer den schon erwähnten §§ 372, 373, 388 noch die §§ 374 bis 386 des Gesetzes. In keiner dieser Gesetzesvorschriften findet sich aber eine Bestimmung, daß auf die als Ersatzkassen zugelassenen Kasseneinrichtungen oder Knappschaftsvereine die Vorschriften des Versicherungsgesetzes für Angestellte ganz allgemein anzuwenden seien, oder daß auf sie auch nur die Vorschriften der §§ 390 ff. desselben Anwendung zu finden hätten. — Die Tatsache an sich, daß die Leistungen eines als Ersatzkasse zugelassenen Knappschaftsvereins vom Gesetze für genügend angesehen werden, um daraufhin die Mitglieder des betreffenden Vereins für die Zeit ihrer Zugehörigkeit zu demselben aus dem Kreise der bei der Reichsversicherungsanstalt versicherungspflichtigen Personen auszuscheiden, kann auch nicht zu dem Schlusse führen, daß deshalb für einen solchen Verein nun auch ohne weiteres die Vorschriften des Versicherungsgesetzes entsprechend anwendbar seien. Vielmehr ist dem Berufungsrichter zuzustimmen, wenn er hervorhebt, daß in dem § 388 des Versicherungsgesetzes nicht nur die Voraussetzungen für die Zulassungsfähigkeit eines Knappschaftsvereins als Ersatzkasse erschöpfend geregelt seien, sondern daß dort auch eine erschöpfende Abgrenzung derjenigen Vorschriften des Versicherungsgesetzes erfolgt sei, die auf die als Ersatzkassen zugelassenen Knappschaftsvereine Anwendung finden sollen.

Schon diese Feststellungen reichen aus, um klarzustellen, daß die Frage, ob der Kläger Beiträge zur Beamtenabteilung der Pensionskasse des Beklagten zu zahlen hat, lediglich auf Grund des Knappschaftgesetzes und der Satzung des Beklagten zu entscheiden ist, und daß diese Frage von den Vorschriften des Versicherungsgesetzes für Angestellte überhaupt nicht beeinflußt wird. — In dem Knappschaftsgesetze und in der Satzung des Beklagten aber sind den §§ 390—393 des Versicherungsgesetzes entsprechende Bestimmungen nicht enthalten, und es ergibt sich daher, daß die Lebensversicherung des Klägers nicht geeignet ist, ihn von seiner Zahlungspflicht zur Pensionskasse des Beklagten zu befreien.

Anmerkung: Im gleichen Sinne haben wir uns geäußert in ArbVers. 1914 S. 438 Ziffer 6.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" 1914 Nr. 10.)

Nr. 13. Ein Bureauangestellter, der zum größeren Teil mit rein mechanischen Schreibarbeiten, zum kleineren Teil mit Registraturarbeiten beschäftigt wird, ist gemäß § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig.

Nr. 14. Ein Angestellter einer staatlichen Pulverfabrik, der den Werkmeister bei Leitung des Betriebes zu unterstützen und zu vertreten, im übrigen eine Anzahl von Bureauarbeiten auszuführen hat (sogenannter Meistergehilfe), ist als „Angestellter in ähnlich gehobener Stellung" wie Werkmeister oder Betriebsbeamte nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte versicherungspflichtig.

E. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Für Erstattungsansprüche eines Armenverbandes gegen einen Knappschaftsverein ist in Preußen der ordentliche Rechtsweg ausgeschlossen.

Urteil des Kgl. Gerichtshofs zur Entscheidung der Kompetenzkonflikte vom 13. Juni 1914.

Das Oberschiedsgericht in Knappschaftsangelegenheiten hat in einer Entscheidung vom 13. März 1912 erkannt, daß die Vorschrift im § 68 des Preuß. Ausf.Ges. vom 8. März 1871 (GS. S. 130 ff.) zum Reichsgesetze über den Unterstützungswohnsitz auch für die Ansprüche eines Armenverbandes auf Erstattung bereits ausgegebener Unterstützungskosten gegen einen Knappschaftsverein gelte. Solche Ansprüche seien im ordentlichen Rechtswege zu verfolgen. Nach Erlaß dieser Entscheidung erhob der Ortsarmenverband zu L. im Sinne dieses Erkenntnisses beim Amtsgericht zu Tarnowitz gegen den Oberschlesischen Knappschaftsverein Klage auf Zahlung von 134,65 Mark und Verzugszinsen seit der Klagezustellung. Diese Klage und auch die vom Ortsarmenverband fristzeitig eingelegte Berufung wurden aber von dem Amtsgericht zu Tarnowitz und dem Landgericht zu Beuthen Oberschl. unterm 30. November 1912 und 25. September 1913 wegen Unzulässigkeit des Rechtsweges zurückgewiesen. Die

Digitized by Google

beiden Instanzen gingen davon aus, daß lediglich ein aus den statutarischen Rechten des Bergmanns R. hergeleiteter, durch gesetzliche Vorschrift auf den Ortsarmenverband übertragener Anspruch in Frage stehe und dieser Anspruch nach § 186 des Allgemeinen Berggesetzes auch von dem Ortsarmenverbande unter Ausschluß des ordentlichen Rechtsweges nur im knappschaftlichen Schiedsgerichtsverfahren verfolgt werden könne. Hierauf hat der Ortsarmenverband beim Amtsgericht in Tarnowitz beantragt, „wegen Erhebung des Kompetenzkonfliktes das Weitere zu veranlassen."

Der Kgl. Gerichtshof zur Entscheidung der Kompetenzkonflikte erkannte in seiner Sitzung vom 13. Juni d. J., daß der Fall des negativen Kompetenzkonflikts als gegeben zu erachten und unter Aufhebung des Urteils des Oberschiedsgerichts in Knappschaftsangelegenheiten vom 13. März 1912 die Sache zur anderweiten Verhandlung und Entscheidung an das Oberschiedsgericht in Knappschaftsangelegenheiten zu verweisen sei.

Aus den Gründen:

... In der Sache selbst ist davon auszugehen, daß — von gesetzlichen Sonderbestimmungen abgesehen — der Inhalt des streitigen Rechtsverhältnisses (die rechtliche Natur des streitigen Anspruchs) auch dafür maßgebend sein wird, ob die Entscheidung den (ordentlichen) Gerichten oder Verwaltungsbehörden (Verwaltungsgerichten) zuzuweisen ist. Doch steht im Einzelfalle den Gerichten auch in bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten die Entscheidung öffentlichrechtlicher Vorfragen zu, wie andererseits die Verwaltungsinstanzen bei der Entscheidung öffentlichrechtlicher Streitpunkte privatrechtliche Fragen in den Bereich der Erörterung ziehen dürfen.

Dementsprechend hat im vorliegenden Falle das Oberschiedsgericht in Knappschaftsangelegenheiten angenommen, daß für den klagenden Ortsarmenverband ein selbständiger privatrechtlicher Erstattungsanspruch, der nicht aus dem Recht des Invaliden R. herzuleiten sei, aus § 62 des Unterstützungswohnsitzgesetzes erwachsen sei, und dieser Anspruch seiner rechtlichen Natur entsprechend der gerichtlichen Zuständigkeit unterfalle. Nur in zweiter Linie ist dieses Ergebnis auch aus den Sonderbestimmungen des § 68 des Preuß. Ausf.Ges. vom 8. März 1871/11. Juli 1892 hergeleitet und durch einen Hinweis auf die einschlagende Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts verteidigt worden.

Diesen rechtlichen Erwägungen kann jedoch im wesentlichen nicht beigetreten werden.

§ 62 des Reichsges. vom 6. Juni 1870/30. Mai 1908 hat die bestehenden Verpflichtungen Dritter gegen den vom Armenverband Unterstützten weder dem Grunde nach verändert, noch Verpflichtungen Dritter gegen den Unterstützten neu geschaffen. Er hat vielmehr nur die bestehenden Ansprüche des unterstützten Hilfsbedürftigen gegen Dritte im Wege der sogenannten cessio legis auf den unterstützenden Armenverband übertragen, ohne dabei eine Aenderung der für solche Ansprüche bestehenden Zuständigkeitsvorschriften zu bewirken. Dies ergibt sich aus der bei Eger, Unterstützungswohnsitzgesetz 6. Aufl. S. 430 mitgeteilten Entstehungsgeschichte, entspricht dem Wortlaut des § 62 und ist auch in der Rechtsprechung des Reichsgerichts (zu vgl. Entsch. in Z.-S. Bd. 72 S. 338 i. d. Grd.) angenommen worden. Das im Urteil des Oberschiedsgerichts vom 13. März 1912 herangezogene reichsgerichtliche Urteil vom 25. September 1890 (Entsch. in Z.-S. Bd. 27 S. 176 ff.) kommt nicht in Betracht, da es sich nicht mit einem Anspruch des Unterstützten gegen Dritte, sondern mit einem Ersatzanspruch gegen den unterstützungspflichtigen Armenverband befaßt. Dasselbe gilt von dem im Preußischen Justiz-Ministerialblatt 1890 S. 84 ff. abgedruckten Urteil des zurzeit entscheidenden Gerichtshofs vom 14. Dezember 1889 (Pr. L. 2288).

In der bereits erwähnten reichsgerichtlichen Entscheidung vom 23. Dezember 1909 (Bd. 72 S. 334 ff.) wird allerdings (S. 338 in fine) auch hervorgehoben, daß der Ersatzanspruch des Armenverbandes gegen einen Dritten dem bürgerlichen Recht entstamme und nicht zu denjenigen Ansprüchen gehöre, die auf Grund des Unterstützungswohnsitzgesetzes erhoben werden. Der Schluß, daß für die Entscheidung über einen solchen Anspruch danach nur die ordentlichen Gerichte zuständig seien, ist hieraus aber nicht zu ziehen. Denn in der reichsgerichtlichen Entscheidung ist, wie der Zusammenhang erweist, davon ausgegangen, daß der durch cessio legis übertragene Anspruch des unterstützten Hilfsbedürftigen ein auf bürgerlichem Recht beruhender sei. Soweit dies, wie nach den vorstehenden Erörterungen im vorliegenden Falle, nicht zutrifft, kann mithin aus § 62 cit. die Zuständigkeit der Gerichte nicht hergeleitet werden.

Durch besondere Bestimmungen der einschlagenden Landesgesetzgebung kann dieses Ergebnis selbstredend modifiziert werden. Nach dieser Richtung hin erweist sich, während die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts hier, wie bereits dargelegt, beiseite zu lassen ist, der vom Oberschiedsgericht in Knappschaftsangelegenheiten ausgesprochene Hinweis auf § 68 des Preuß. Ausf.Ges. vom 8. März 1871/11. Juli 1891 allerdings als erheblich. Denn wenn auch angenommen werden muß, daß der durch cessio legis dem Armenverband im Falle des § 62 des Unterstützungswohnsitzgesetzes übertragene Anspruch von diesem in derselben Weise geltend zu machen ist, wie ihn vorher der Unterstützte hätte geltend machen müssen, so bleibt es doch der Landesgesetzgebung unbenommen, nach dieser Richtung hin anderweite Bestimmungen zu treffen. Die Frage, ob dies für

Digitized by Google

einen Fall der vorliegenden Art durch die Vorschrift des § 68 des Gesetzes vom 8. März 1871/11. Juli 1891, daß ein Armenverband die Erstattung bereits verausgabter Unterstützungen in allen Fällen .... nur im gerichtlichen Verfahren beanspruchen könne, geschehen ist, kann aber hier dahingestellt bleiben. Denn selbst wenn diese Frage zu bejahen und nicht vielmehr anzuerkennen wäre, daß § 68 Bestimmungen nur für die Durchführung von Ansprüchen gegen die in den voraufgehenden §§ 65—67 bezeichneten Familienangehörigen enthalte, wird angenommen werden müssen, daß § 68 cit. für einen auf § 47 des Statuts des Oberschlesischen Knappschaftsvereins gegründeten Erstattungsanspruch des Armenverbandes durch spätere landesgesetzliche Bestimmungen außer Kraft gesetzt worden ist.

Diese Bestimmungen sind in § 186 II 2 des Allgemeinen Berggesetzes in der Fassung des Gesetzes vom 19. Juni 1906 und jetzt in § 70[2] des Knappschaftsgesetzes enthalten, welche Ansprüche auf die aus den Pensionskassen der Knappschaftsvereine zu gewährenden Unterstützungen (zu diesen Ansprüchen gehören die in § 47 der Satzung des Oberschlesischen Knappschaftsvereins erwähnten Ansprüche) unter Ausschluß des ordentlichen Rechtswegs ausnahmslos der Entscheidung im knappschaftsschiedsgerichtlichen Verfahren zuweisen. Diese Zuweisung gilt, da der durch § 62 des Unterstützungswohnsitzgesetzes bedingte Uebergang des geltend gemachten Anspruchs auf den klagenden Ortsarmenverband nach dem Vorstehenden weder die rechtliche Natur des Anspruchs, noch die gesetzlichen Vorschriften über seine Durchführung im Streitfalle geändert hat, auch für den vorliegenden Fall.

Dementsprechend war in Gemäßheit des § 21 der Verordnung vom 1. August 1879 das Urteil des Oberschiedsgerichts in Knappschaftsangelegenheiten vom 13. März 1912, welches aus unbegründeten Zuständigkeitsbedenken eine materielle Prüfung des mit der Revision geltend gemachten klägerischen Anspruchs abgelehnt hat, aufzuheben und war die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Oberschiedsgericht zu verweisen. (Kompaß.)

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die Wirkung des Krieges auf die Geschäftsergebnisse der Krankenkassen.

Die Geschäftsergebnisse der Krankenkassen sind mit dem wirtschaftlichen Leben aufs engste verbunden und so ist es nur natürlich, daß der Krieg, der doch auch ein großes wirtschaftliches Ereignis ist, auf den Geschäftsgang der Krankenkassen einen ungeheuren Einfluß ausübt. Von diesem Gedanken gingen auch die Notgesetze vom 4. August zur Reichsversicherungsordnung aus, die bekanntlich u. a. besondere Bestimmungen zur Sicherstellung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen brachten.

Seither wurde vom Reichsarbeitsblatt allmonatlich über einen wichtigen Teil der Geschäftsergebnisse von über 4000 Krankenkassen berichtet, insbesondere um aus den Mitteilungen Schlüsse auf die Lage des Arbeitsmarktes zu ziehen. Diese Berichterstattung ist aber mit dem Ausbruch des Krieges eingestellt worden, weil sie zurzeit kein einwandfreies Bild des Beschäftigungsgrades gibt. Die Gründe hierfür muß man auch anerkennen; nach Ausbruch des Krieges werden von den Arbeitgebern, den Gemeinden usw. oder auf dem Wege der Weiterversicherung für eine große Zahl von Versicherten die Beiträge fortentrichtet, die in Wirklichkeit längst nicht mehr in Beschäftigung stehen. Gleichwohl sind vom Kaiserlichen Statistischen Amt alle an der Berichterstattung beteiligten Versicherungsämter und Krankenkassen dringend gebeten worden, die Berichterstattung fortzusetzen, da später eine zusammenfassende Bearbeitung unter Berücksichtigung aller Fehlerquellen erfolgen soll.

Immerhin teilt das Reichsarbeitsblatt in seiner letzten Nummer mit, daß nach den eingegangenen Mitteilungen von 4004 Krankenkassen mit 6 832 092 Mitgliedern vom 1. September zum 1. Oktober in der Zahl der versicherungspflichtigen Mitglieder abzüglich der erwerbsunfähig Kranken eine Wiederzunahme um 0,65 % bei den männlichen und 0,77 % bei den weiblichen Mitgliedern eingetreten ist. Diese Zunahme bleibe aber zweifellos weit hinter der Wirklichkeit zurück, und zwar namentlich aus folgenden Gründen: Eine große Zahl schon vor dem 1. September zur Fahne einberufener Personen dürfte damals versehentlich, teilweise auch absichtlich noch nicht abgemeldet gewesen, inzwischen aber tatsächlich abgemeldet worden sein. Das gelte besonders von der Landwirtschaft, teilweise auch von der Hausindustrie. Die Zahl der im Hausgewerbe beschäftigten Personen hat bei den berichtenden Kassen um 8,49 % bei den männlichen und um 8,24 % bei den weiblichen Personen abgenommen. Aber auch nach dem 1. Oktober werde eine größere Zahl solcher Personen zu Unrecht als Mitglieder geführt. Betrachte man lediglich die in der eigentlichen Industrie beschäftigten Mitglieder, so finde man, daß die männlichen vom 1. September zum 1. Oktober um 5,86 %, die weiblichen um 2,82 % wieder zugenommen haben.

Dieses Aussetzen der amtlichen Statistik hat bewirkt, daß verschiedene private Statistiken aufgenommen und veröffentlicht worden sind. Die wichtigste hiervon ist eine Umfrage, die von der Allgemeinen Ortskrankenkasse Frankfurt a. M. vorgenommen worden ist und deren Ergebnis wir auszugsweise nachstehend mitteilen:

Digitized by Google

Name der Allgemeinen Ortskrankenkasse	Stand am 1. Juli 1914 Mitgliederzahl	Prozentsatz der erwerbsunfähig Kranken	Stand am 1. Oktober 1914 Mitgliederzahl	Prozentsatz der erwerbsunfähig Kranken
Berlin	495 377	6,63	351 442	2,93
Leipzig-Stadt	209 260	3,39	164 432	2,99
München	184 961	3,20	156 877	2,59
Dresden	164 800	2,46	119 161	1,34
Frankfurt a. M.	163 918	3,10	133 312	2,42
Stuttgart (OKK.-Verb.)	140 765	3,88	117 227	2,68
Nürnberg	95 549	4,10	61 754	2,70
Chemnitz	96 360	3,42	64 842	2,23
Bremen	51 879	4,40	39 660	3,71
Düsseldorf (rechtsr.)	50 087	2,45	33 032	2,25
Mannheim	49 050	4,09	34 510	2,77
Straßburg i. E.	46 847	3,00	28 259	2,50
Halle a. S.	42 861	3,12	33 695	2,20
Königsbg. i. Pr.	46 813	3,70	31 440	2,60
Magdeburg	37 162	3,76	30 494	2,98
Stettin	37 018	3,53	24 982	2,81
Offenbach a. M.	35 861	4,14	25 641	3,12
Crefeld	35 264	2,76	28 507	2,45
Cassel	25 000	3,40	20 834	2,00
Liegnitz	20 695	3,16	16 159	3,25
Karlsruhe	33 681	3,24	26 161	2,46
Cottbus	18 661	2,21	15 439	1,81
Gera (Stadt)	17 841	2,71	15 601	2,15
Bielefeld	16 122	2,73	12 549	1,73
Sonneberg	13 636	1,80	7 573	1,30
Cattowitz	12 945	3,25	10 111	2,58
Gießen	9 533	2,30	7 794	2,39
Iserlohn	7 843	3,36	5 666	4,25
Bremerhaven	6 686	2,14	4 788	2,09
Frankenthal	5 786	3,00	4 286	2,33
Zusamm. bzw. Durchschnitt	2 062 250	3,28	1 655 167	2,52

In Oldenburg ist eine allgemeine Statistik über die Geschäftsergebnisse in der Kriegszeit aufgenommen worden. Die 55 Krankenkassen hatten Ende Juli eine Mitgliederzahl von 89 532, Ende September von 74 127. Sie verminderte sich also um 15 405 oder rund 17 %. Von den ausgeschiedenen haben 1474, rund 10 %, die Mitgliedschaft freiwillig fortgesetzt. Wenn man die Zahl der zur Fahne einberufenen Mitglieder auf 8700 schätzen darf, so sind 6705 aus anderen Gründen ausgeschieden. — Von der oben nicht mit einbegriffenen Allgemeinen Ortskrankenkasse Lübeck wird bekannt, daß sie am 1. Oktober 1913 besessen habe 26 716 Mitglieder und 721 erwerbsunfähig Kranke, am 1. Oktober 1914 aber 28 800 Mitglieder und 638 Kranke. Trotz der Zunahme der Mitglieder ist die Zahl der Kranken erheblich zurückgegangen.

Die bemerkenswerteste Erscheinung in diesem Ziffernmaterial ist jedenfalls die Abnahme der Zahl der erwerbsunfähig Kranken. Welche Ursache hat diese? Zunächst hat eine Anzahl von Kassen an ihre Aerzte die Mahnung gerichtet, bei der Bescheinigung der Erwerbsunfähigkeit jetzt in den Kriegszeiten besonders gewissenhaft zu sein. So ersuchte z. B. die Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin die Aerzte, Krankenhauseinweisungen nur in dringendsten Fällen vorzunehmen. Auch gegen das Krankschreiben bei leichten Fällen von Bleichsucht, Rheuma usw. wurden Bedenken erhoben. Diese Mahnungen, mehr wie sonst auf Sparsamkeit zu halten, mögen gefruchtet haben. Viele große Krankenkassen haben auch energische Aufforderungen gleichen Sinnes an ihre Mitglieder selbst gerichtet. Hierin dürfte der Hauptgrund der gegenwärtigen niedrigen Krankenziffer zu finden sein.

Aber auch psychologische Gründe dürften mitgewirkt haben. In diesem Sinne äußern sich einige bekannte Mediziner. So sagt Dr. Lungwitz in der „Modernen Medizin“: „Die meisten der Zurückgebliebenen haben jetzt andere Dinge im Kopf als die Sorgen um den verzärtelten Organismus. . . Durch den Einbruch des Krieges hat sich, soweit Kulturkrankheiten, insbesondere die Neurasthenie, in Betracht kommen, die Statistik sofort vollkommen verändert. Freilich ist nicht zu verkennen, daß bei manchen . . . die zur Vordertür hinausgeworfenen Symptome und Symptömchen allgemach zur Hintertür wieder hereinspaziert kommen, — wenigstens bei denjenigen Personen, die schon immer an der Labilität ihres Nervensystems gelitten haben.“ Und Dr. Hanauer, Frankfurt a. M., sagt: „Die erfreulich gute Gesundheit der Zivilbevölkerung in der jetzigen Kriegszeit läßt sich nur psychologisch erklären. Die Menschen sind eben jetzt durch die großen Ereignisse derart okkupiert, daß sie gar keine Zeit haben, an sich und ihre kleinen Schmerzen zu denken. Wieder ein schlagender Beweis für die Einwirkung von psychischen Momenten auf die Entstehung und die Nichtentstehung von krankhaften Zuständen, von der Bedeutung der Suggestion in der Aetiologie der Krankheiten und der Willenskraft in der Unterdrückung derselben, so daß sie überhaupt gar nicht zum Bewußtsein kommen.

So wäre also wirklich einmal der Teufel mit dem Beelzebub ausgetrieben worden. Wie dem aber auch sei: jedenfalls hoffen auch die Krankenkassen, daß recht bald wieder die normalen Zustände eintreten.

Zur Krankenversicherung während des Krieges.

Der „Sozialen Praxis“ (24 Sp. 62) entnehmen wir folgenden Bericht darüber, in welchem Umfang Krankenkassen trotz des Krieges ihre bisherigen Einrichtungen beibehalten haben. Bekanntlich sucht das Notgesetz vom 4. August die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen dadurch sicherzustellen, daß bei allen Kassen die Leistungen auf die Regelleistungen herabgesetzt (also alle Mehrleistungen beseitigt) und die Beiträge auf 4½ v. H. des Grundlohns hinaufgesetzt werden. Auf Antrag der Kasse kann jedoch das Versicherungsamt verfügen, daß höhere Leistungen gewährt und niedrigere Beiträge erhoben werden.

Erfreulicherweise hat nun ein sehr großer Teil der Kassen von dem Rechte, im allgemeinen die bisherigen Einrichtungen beizubehalten, Gebrauch gemacht. Vielfach wurden überhaupt keine Veränderungen eingeführt und die bisher üblichen Leistungen beibehalten, wie z. B. bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen in Altona, Hannover, Graudenz, Kiel, Leipzig, Gotha, Teltow, Frankfurt a. M., Gera, Hagen, dem größten Teil der Kassen in Hamburg, Darmstadt, Krefeld, Dortmund usw. Ein weiterer sehr erheblicher Teil der Allgemeinen Ortskrankenkassen hat nur weniger einschneidende als die vom Gesetz verlangten Maßnahmen getroffen. So hat man in Chemnitz alle Leistungen beibehalten, die Beiträge aber nur von 3½ auf 4 v. H. erhöht, in Bochum und Elmshorn

Digitized by Google

den niedrigen Beitrag von 3½ v. H. beibehalten, alle Leistungen aber auf die Regelleistungen herabgesetzt, in Lübeck, Wiesbaden, Ulm, Oelsnitz i. V. die Beiträge zwar erhöht, die Familienfürsorge aber nicht eingeschränkt, in Remscheid die bisherigen Beiträge beibehalten, die Mehrleistungen mit Ausnahme der Familienfürsorge aber aufgehoben usw. In Dresden ist der Antrag, die bisherigen Beiträge (4 v. H.) und alle Mehrleistungen beizubehalten, abgelehnt worden, in Halle a. S., wo die Beiträge schon 4½ v. H. betragen, sind mit Rücksicht auf die ungünstige Finanzlage der Kasse alle Mehrleistungen eingestellt worden.

Weiter bestimmt das Notgesetz, daß die Krankenversicherung der Hausgewerbtreibenden aufgehoben wird, auf Antrag einer Kasse, aber mit Genehmigung des Versicherungsamts fortgeführt werden kann. Meist ist auch hier die Aufrechterhaltung der Versicherung der Hausgewerbtreibenden erfolgt, und zwar nicht nur in Orten, wie Barmen, Remscheid, Solingen usw., wo die Krankenversicherung der Hausgewerbtreibenden schon seit vielen Jahren durch Ortsstatut besteht, sondern auch in Orten, wo diese erst durch die Reichsversicherungsordnung eingeführt wurde, wie in Halle a. S.

Soziale Gesetzgebung im besetzten Belgien.

Amtlich ist gemeldet worden, daß bei der deutschen Zivilverwaltung in Belgien erwogen wird, ob und wie weit während der Dauer der Besetzung zugunsten der Arbeiterschaft dieses Industriestaates die deutschen sozialpolitischen Gesetze, insbesondere auf dem Gebiete des Arbeiterschutzes, eingeführt werden sollen und können. Die Gesetzgebung dieses Landes ist auf dem Gebiete der Sozialpolitik sehr rückständig, und die Durchführung der geltenden Gesetze scheint mangelhaft gewesen zu sein. Die Deutsche Arbeitgeberzeitung berichtet darüber, daß z. B. die Vorschriften über die Frauen- und Kinderarbeit bis in die neueste Zeit hinein ständig übertreten worden sind. Und das, obwohl sie wesentlich weitherziger sind als in allen Nachbarstaaten. Ist doch beispielsweise die Beschäftigung von Frauen und Kindern unter 14 Jahren in den Bergwerken unter Tage erst durch Gesetz vom 5. Juni 1911, und zwar von Mitte dieses Jahres ab, verboten worden. Inzwischen ist nun der Krieg ausgebrochen, und es ist anzunehmen, daß bei etwaiger Wiederaufnahme der Arbeit in den belgischen Bergwerken unter deutscher Oberhoheit die Bergwerksbesitzer sich beeilen würden, diesen neuen Vorschriften zu entsprechen, wenn nicht von der deutschen Verwaltung die Erfüllung des Gesetzes besonders gefordert wird. Auch sonst spielt die Frauen- und Kinderarbeit in der belgischen Industrie eine sehr große Rolle. Zunächst existiert ein allgemeines Verbot der Arbeit von Frauen, jugendlichen Arbeitern und Kindern in gesundheitsschädlichen und gefährlichen Betrieben resp. für den gefährlichen Teil der Arbeit in vielen anderen, sonst ungefährlichen Gewerbezweigen, wie bei uns in Deutschland, überhaupt nicht. Für Mädchen unter 21 Jahren ist lediglich die Beschäftigung in der Produktion von arsenikhaltigen Fabrikaten, in der Blei- und Phosphorfabrikation und in einigen weiteren, stark gesundheitsschädlichen oder gefährlichen Betrieben untersagt. Und außerdem ist die Arbeit von jugendlichen Personen (unter 16 Jahren) und von Kindern in mehreren weiteren gesundheitsschädlichen Gewerbezweigen, namentlich solchen der chemischen Industrie, verboten. Die Arbeitszeit für erwachsene weibliche Personen ist in allen Gewerben, mit wenigen Ausnahmen, unbeschränkt. Aehnlich ist es um die übrigen Gebiete bestellt.

Ueber die belgische Arbeiterversicherungsgesetzgebung haben wir im Jahrgang 1913 S. 328 berichtet. Der dort erwähnte Entwurf eines Gesetzes über Zwangsversicherung gegen Krankheit, Invalidität und Alter ist im Laufe des Jahres 1914 in der Kammer beraten und mit wenig eingreifenden Aenderungen angenommen worden. An der deutschen Arbeiterversicherung gemessen, erscheint das Gesetz recht unzulänglich.

Es würde unter sozialen und gewiß auch unter politischen Gesichtspunkten von hoher Bedeutung sein, wenn die deutsche Verwaltung des besetzten Gebietes Mittel und Wege fände, die erwähnten Verhältnisse durchgreifend zu bessern und den deutschen Verhältnissen anzunähern.

Das Abkommen zur Regelung der Beziehungen zwischen Berufsgenossenschaften und Krankenkassen.

Das Abkommen, das wir in Heft 1 S. 22 ff. mitgeteilt haben, ist den Berufsgenossenschaften, die ihm beigetreten sind, vom Hauptverbande deutscher Ortskrankenkassen (Dresden) mit Wirkung zum 31. Dezember 1913 aufgekündigt worden. Bei den aus diesem Anlaß mit dem Herrn Präsidenten des Reichsversicherungsamts gepflogenen Verhandlungen wiesen die Vertreter des Verbandes vor allem darauf hin, daß das Abkommen die Erwartungen nicht erfüllt habe, weil mehrere Berufsgenossenschaften den Kassen in vielen Fällen die Unterstützung der Verletzten nach der 13. Woche nicht abgenommen hätten; dadurch werde nicht nur der Zweck eine Verbesserung und Beschleunigung des Heilverfahrens zu erzielen, vereitelt, sondern es würden auch, infolge der geringen Vergütung nach §§ 8, 9 des Abkommens die Kassen zugunsten der Genossenschaften in erheblichem Maße ungebührlich belastet.

Infolge des Kriegszustandes waren und sind die in Betracht kommenden Vertreter zum großen Teil verhindert, an der Beratung teilzunehmen. Beschlüsse konnten daher bisher nicht gefaßt werden. Der Präsident des Reichsversicherungsamts hat daher unterm 20. Oktober d. J. den Verbandsvorstand ersucht, diesem Umstande Rechnung zu tragen und die Frage der Kündigung neu zu erwägen. Die Uebelstände würden sich vermeiden lassen, wenn die Kassenvorstände rechtzeitig im Einzelfalle die Berufsgenossenschaften auf die Pflicht der Uebernahme des Heilverfahrens nach Ablauf der 13. Woche hinwiesen. Sollten die Genossenschaften dieser Pflicht nicht nachkommen, so sei Beschwerde beim Reichsversicherungsamt einzulegen, das dann das Erforderliche veranlassen werde. Für den Fall der Zurücknahme der Kündigung wurde der Verbandsvorstand ersucht, eine Statistik aller Fälle aufstellen zu lassen, in denen vom 1. Januar 1914 ab die Kassen den Genossenschaften und umgekehrt diese den Kassen eine Pauschalentschädigung gezahlt haben; dabei sei der im Einzelfalle tatsächlich gezahlte Aufwand nachzuweisen. Die Genossenschaften würden entsprechend ersucht werden. Die Statistik sei mit dem 30. Juni 1914 abzuschließen.

Digitized by Google

Der Hauptverband will diesem Ersuchen entsprechen und die ihm angeschlossenen Kassen zu den erforderlichen Angaben veranlassen.

Die Kriegsfürsorge der Landesversicherungsanstalten.

Es ist erklärlich, daß sich bei der finanziellen und wirtschaftlichen Mobilmachung des Deutschen Reiches die Augen in erster Linie mit auf die Landesversicherungsanstalten richteten, die infolge ihrer versicherungstechnischen Einrichtungen über ansehnliche Kapitalien verfügen. Betrugen doch diese Vermögensbestände am Schlusse des Jahres 1912 bei allen Trägern der Invalidenversicherung 1929095320 M., wovon auf den baren Kassenbestand 40 Millionen und auf Wertpapiere 1789 Mill. M. entfallen.

Gewiß stellt der Krieg auch an die Leistungsfähigkeit der Träger der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung ungewöhnlich hohe Anforderungen. Denn die Invaliden- und Krankenrenten sind selbstverständlich auch solchen Versicherten zu gewähren, die durch Kriegsdienstbeschädigung erwerbsunfähig geworden sind, ebenso müssen die Witwen- und Waisenrenten an die Hinterbliebenen der im Kriege Gefallenen zur Auszahlung kommen. Dazu kommt ein starker Rückgang der Beitragseinnahme durch das Fehlen der Kriegsteilnehmer als Bezahler und durch die mit dem Kriege zusammenhängende Arbeitslosigkeit. Immerhin dürfen, da Hilfe unerläßlich ist und alles, was helfen kann, auch hilft, die Versicherungsanstalten nicht fehlen.

Zunächst stellen eine Reihe von Versicherungsanstalten ihre Heilstätten und Genesungsheime dem Roten Kreuz für die Unterbringung von Verwundeten zur Verfügung. Dem gleichen Zwecke diente ein Erlaß des RVA. vom 3. August 1914, wodurch es allgemein den Vorständen der diesem Amte unterstellten Landesversicherungsanstalten auf Grund des § 1274 der RVO. die Ermächtigung erteilte, dem Zentralkomitee der deutschen Vereine vom Roten Kreuz aus Anstaltsmitteln erstmalig je bis zu 10000 M. für Maßnahmen der Krankenpflege, zur Verhütung von Seuchen usw. zur Verfügung zu stellen. Von diesem Vorschlag ist auch vielfacher Gebrauch gemacht worden.

Die durch den Kriegszustand allgemein geschaffene Wirtschaftslage behandelte sodann ein Erlaß des RVA. vom 5. August 1914, worin ausgeführt ist, daß besonderer Wert darauf gelegt werden muß, daß Barmittel dem Verkehr nicht ohne Not entzogen werden. Deshalb wurden die Landesversicherungsanstalten ersucht, die vorhandenen und die in nächster Zeit verfügbaren Barmittel bis auf weiteres der Reichsbank zu überweisen.

Von ganz besonderer Bedeutung ist eine Konferenz, die am 31. August im RVA. unter dem Vorsitz seines Präsidenten Dr. Kaufmann abgehalten wurde und in der die Vorstände der Landesversicherungsanstalten über die durch den Krieg veranlaßten Fürsorgemaßnahmen im Sinne des § 1274 der RVO. berieten. Es bestand Uebereinstimmung darüber, daß die Landesversicherungsanstalten auch Mittel zur Unterstützung Arbeitsloser aufwenden können, da hierdurch die Gesunderhaltung der versicherten Bevölkerung gefördert und so dem Eintritt vorzeitiger Invalidität vorgebeugt wird. Die Landesversicherungsanstalten erklärten sich einmütig bereit, neben den bedeutenden Summen = insgesamt über 300000 M., die sie schon in den ersten Tagen der Mobilmachung dem Roten Kreuz zur Verfügung gestellt haben, in die durch den Krieg hervorgerufenen wirtschaftlichen Lage weiter Volkskreise vorbeugend einzugreifen in Anlehnung an die Vorschrift des § 1274 der RVO. Zur Bekämpfung der Schäden sollen die Landesversicherungsanstalten Aufwendungen bis zu 5 pCt. des Buchwertes ihres Gesamtvermögens (nach dem Stande vom Jahre 1913) machen können. Die Mittel der Landesversicherungsanstalten sollen zunächst den beteiligten eigenen Anstaltsbezirken zugute kommen. Es wurde aber vorgesehen, daß für einzelne besonders schwer betroffene Gebiete, wie für Ostpreußen und Elsaß-Lothringen, die übrigen Landesversicherungsanstalten unterstützend eingreifen können. Bei den Fürsorgemaßnahmen sollen auch die Bedürfnisse des Roten Kreuzes berücksichtigt werden. Auch hier sollen die örtlichen Bedürfnisse in den einzelnen Anstaltsbezirken im Vordergrund stehen, daneben soll aber auch allgemeinen Aufgaben des Zentralkomitees der deutschen Vereine vom Roten Kreuz nach Möglichkeit Rechnung getragen werden. Endlich bestand Uebereinstimmung darüber, daß zwecks Aufbringung der erforderlichen Mittel sowie zwecks Beteiligung an der Zeichnung der Kriegsanleihe einer Lombardierung der Effektenbestände gesetzliche Hindernisse nicht im Wege stehen.

An der Zeichnung auf die Kriegsanleihe beteiligten sich die Landesversicherungsanstalten und die Sonderanstalten mit insgesamt rund 150 Mill. Mark. Im einzelnen haben die Landesversicherungsanstalten Berlin, Pommern, Rheinprovinz und Westfalen je 5 Mill. M., Hansastädte, Hessen-Nassau je 10 Mill. M., Schlesien 15 Mill. M., Brandenburg und Kgr. Sachsen je 20 Mill. M. gezeichnet.

Das Gebiet der inneren Geschäftsführung der Landesversicherungsanstalten und der durch die Kriegslage gebotenen Verwaltungsmaßnahmen betraf ein Erlaß des RVA. vom 4. August 1914. Es wurde empfohlen, von Rentenentziehungen zunächst auf die Dauer von 3 Monaten grundsätzlich abzusehen und von der Strafbefugnis nur in besonderen Fällen Gebrauch zu machen. Die Einlegung von Revision seitens der Versicherungsanstalten soll auf die Fälle beschränkt werden, in denen das Berufungsurteil offenbar verfehlt ist. Bei den in der Berufungsinstanz schwebenden Ansprüchen wird zu prüfen sein, ob wegen neuer Tatsachen oder aus anderen Gründen der Anspruch anerkannt werden kann.

Besondere Aufmerksamkeit wurde auch der Tuberkulosebekämpfung zugewendet. Bei der Zentralstelle des Roten Kreuzes für Kriegswohlfahrtspflege hat sich ein Tuberkuloseausschuß gebildet, der unter Hinzuziehung einiger Vorsitzender von Landesversicherungsanstalten über die Bereitstellung der Heilstätten während der Kriegszeit verhandelte. Das Ergebnis dieser Erörterungen ist in einem Runderlaß des Reichsversicherungsamts vom 20. August 1914 den Vorständen der Landesversicherungsanstalten für ihr weiteres Vorgehen als Richtschnur empfohlen worden. Hiernach darf der Kampf gegen die Tuberkulose während des Krieges nicht ruhen. Es ist vielmehr darauf Bedacht zu nehmen, Kranke mit offener Tuberkulose im Interesse ihrer Umgebung unschädlich zu machen. Solche Kranke werden nach Möglichkeit den Heilstätten zu überweisen oder dort zu belassen sein, wobei Kranke aus verschiedenen Bezirken in einer Heilstätte vereinigt werden können. Soweit einer Landesversicherungsanstalt eigene Heilstätten nicht mehr zur Verfügung stehen, werden private Anstalten zu benutzen sein. Insoweit wegen Inanspruchnahme der Heilstätten für Kriegssanitätszwecke von der Ueberweisung Kranker mit geschlossener

Digitized by Google

Tuberkulose in Heilstätten abgesehen werden muß, soll durch erhöhte Tätigkeit der Auskunfts- und Fürsorgestellen sowie der Walderholungsstätten ein Ausgleich geschaffen werden. Dabei werden diese Stellen, auch wenn sie nicht von Landesversicherungsanstalten selbst betrieben werden, auf finanzielle Unterstützung der durch sie entlasteten Versicherungsanstalten rechnen können.

Von den einzelnen Landesversicherungsanstalten ist besonders die Fürsorge der Versicherungsanstalt Berlin in weiteren Kreisen bekannt geworden. Sie bewilligte zunächst den Betrag von 5 Millionen Mark. Sie nimmt sich vor allem der arbeitslosen Familienväter und Familienmütter an, während ledige Personen grundsätzlich der Fürsorge durch die Stadtgemeinde Berlin unterliegen. Bis Anfang Oktober sind bei der Landesversicherungsanstalt Berlin rund 13 000 Anträge eingegangen, von denen rund 9000 bewilligt wurden. Die zur Auszahlung kommende Unterstützungssumme beträgt wöchentlich 50—60 000 M. Für die Auszahlung ist ein besonderes Bureau in der Schicklerstraße gemietet, welches täglich von 9 bis 1 Uhr geöffnet ist. Einzelne Familien haben bis zu 80 M. monatlich erhalten. Die Einheitlichkeit der Unterstützung durch die Stadt Berlin und die Landesversicherungsanstalt wird dadurch gewahrt, daß 23 Ausschüsse zur Arbeitslosenfürsorge gebildet worden sind, bei denen sämtliche Anträge auf Unterstützung mündlich unter Vorlegung der letzten Quittungskarte und der Aufrechnungsbescheinigungen gestellt werden müssen. Diesen Prüfstellen gehören je ein Magistratsmitglied, zwei Stadtverordnete und zwar dieselben, die den Ausschüssen zur Festsetzung von Unterstützungen für die Familien der Kriegsteilnehmer angehören, sowie je ein von der Landesversicherungsanstalt zu benennender Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten an. Die Landesversicherungsanstalt Berlin bewilligte weiter 100 000 M. für die Versorgung des Feldheeres mit warmer Unterkleidung, 15 000 M. der notleidenden Landesversicherungsanstalt Ostpreußen zur Durchführung der vorbeugenden Krankenfürsorge, 10 000 M. dem Zentralverein für Arbeitsnachweis zur Vermittelung Berliner Arbeiter nach auswärts. Auch die Landesversicherungsanstalt Westfalen will den durch den Krieg geschaffenen Verhältnissen Rechnung tragen. Um die Bestrebungen zur Verbesserung der Wohnungsverhältnisse der Versicherten im Interesse der Volksgesundheit nicht ins Stocken kommen zu lassen und zahlreichen gewerblichen Unternehmungen Arbeitsgelegenheit zu bieten, hat sie Geldmittel zur Gewährung von Baudarlehn flüssig gemacht und zur Verfügung gestellt. Weiter sollen von der Anstalt, soweit nach Erfüllung der vorerwähnten Zwecke noch Geldmittel vorhanden sind, Darlehn an Gemeinden und Gemeindeverbände gewährt werden zur Abwendung gesundheitlicher Schädigungen bei der unbemittelten Bevölkerung. In ähnlicher Weise will auch die Versicherungsanstalt der Hansestädte durch Hergabe von Geldern zur Erbauung einer Arbeiterwohnstadt auf Hamburger Gebiet zur Belebung des Arbeitsmarktes beitragen. Für die zunächst zu beginnenden Bauten hat sie ein Kapital von einer halben Million Mark zur Verfügung gestellt, für das der Hamburger Staat die Bürgschaft übernommen hat. Die Landesversicherungsanstalt Sachsen-Anhalt, Sitz Merseburg, bewilligte 6 Mill. Mark als Kriegshilfe, die folgendermaßen verwendet werden sollen: 4 Mill. Mark sollen zu niedrigem Zinsfuß als Notstandsdarlehn an die Gemeinden gegeben werden, damit die Bautätigkeit belebt und durch Notstandsarbeiten der Arbeitslosigkeit gesteuert werden kann; 1 585 000 M. sollen den Behörden zur Unterstützung der Arbeitslosen und der Familien von Versicherten Kriegsteilnehmern überlassen, 265 000 M. sollen dem Roten Kreuz übergeben werden. Außerdem faßte die Versicherungsanstalt den Beschluß, während der Kriegszeit eine Aenderung oder Entziehung der Renten nicht stattfinden zu lassen. Die Landesversicherungsanstalt Brandenburg bewilligte den Betrag von 5 Mill. Mark, der zu Zuschüssen zu den von den Gemeinden zu bewilligenden Unterstützungen dienen soll.

Im Gegensatz zu den aufgeführten Beispielen weitgehender Fürsorge gibt es aber auch solche, die von einer Einschränkung der seitherigen Leistungen berichten. Im allgemeinen sind die Heilverfahren überall ganz erheblich eingeschränkt worden. Die Landesversicherungsanstalt Württemberg gibt bekannt, daß während des Krieges wegen Mangels an verfügbaren Mitteln keinerlei Darlehn, weder an Versicherte noch an Baugenossenschaften, noch an Gemeinden und Amtskörperschaften abgegeben werden können. Wegen Kriegsausbruch sei auch die Einreichung von Heilverfahrensanträgen, insbesondere auch auf Zahnersatz, bis auf weiteres zu unterlassen. Aerztliche Gutachten, die für Heilverfahrensanträge eingehen, könnten nicht mehr honoriert werden. — Hoffentlich bleiben diese Beispiele in der Minderheit.

Wochenhilfe durch den Armenverband.

In Wiesbaden hat der Ortsarmenverband mit dem dort bestehenden Hebammenverein einen Vertrag geschlossen, der weitere Kreise interessieren dürfte. Er lautet:

§ 1. Der Vorstand des Wiesbadener Hebammenvereins übernimmt nach Maßgabe der geltenden Dienstanweisung für die Hebammen die Verpflichtung, bei den hier wohnhaften Personen die Entbindung, sowie die erforderliche erste Pflege der Mutter und ihrer neugeborenen Kinder durch die den Verein angehörigen Hebammen für Rechnung des hiesigen Ortsarmenverbandes besorgen zu lassen und zwar:

1. bei allen öffentlich unterstützten Personen und deren Familienmitgliedern und

2. bei den übrigen in bedürftigen Verhältnissen lebenden, welche sich vor der Entbindung eine Bescheinigung des Ortsarmenverbandes beschafft haben. Diese Bescheinigung wird nach Prüfung der jeweiligen Erwerbs- pp. Verhältnisse erteilt werden. Sie ist der betreffenden Hebamme einzuhändigen.

§ 2. Der Hebammenverein wird generell ermächtigt, in Vertretung des Ortsarmenverbandes in eiligen Fällen ohne vorherige besondere Anweisung des letzteren die erforderliche Hilfe zu leisten. Der Verein hat jedoch in solchen Fällen spätestens innerhalb 2 Monaten nach der erfolgten Entbindung durch die in Tätigkeit getretene Hebamme dem Ortsarmenverband entsprechende schriftliche Anzeige zu erstatten. Dieser wird alsdann feststellen, ob die betreffenden Personen tatsächlich arm sind und die Kosten für die Entbindung selbst nicht bezahlen können.

§ 3. Das bei den Entbindungen pp. erforderliche Verbandszeug, sowie die notwendigen Desinfektionsmittel stellt der Hebammenverein.

§ 4. Für jede Entbindung einschließlich der erforderlichen ersten Pflege der Mutter und ihrer neugeborenen Kinder der in den §§ 1 und 2 be-

Digitized by Google

zeichneten Personen — § 2, falls die Handlung von dem Ortsarmenverband als Armenpflegefall anerkannt wird — erhält der Hebammenverein eine Vergütung von 20 M. (Zwanzig Mark). Für Hilfeleistungen bei Fehlgeburten in den ersten 6 Monaten wird eine Vergütung von 5 bis 10 M., je nach der vom Arzt zu bescheinigenden Art der Hilfeleistung gewährt. Die Vergütung für diese Fälle wird von dem Ortsarmenverband jedesmal festgesetzt. Die Zahlung erfolgt nach jedesmaliger Vorlage einer Zusammenstellung vierteljährlich aus hiesiger Stadthauptkasse.

§ 5. Es bleibt den Organen der Armenverwaltung unbenommen, in Fällen dringender Gefahr, falls eine Vereinshebamme sofort nicht zu erreichen ist, auch die Hilfe anderer Hebammen in Anspruch zu nehmen, und diese von dem Ortsarmenverband bezahlen zu lassen.

§ 6. Dieser Vertrag tritt am 1. April 1914 in Kraft. Er wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen und kann beiderseits nur nach vorausgegangener vierteljährlicher Kündigung, welche am 1. eines jeden Vierteljahres zu erfolgen hat, aufgehoben werden.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und recht deutlich zu schreiben.

Versicherungsfreiheit bei Beschäftigung in staatlichen oder kommunalen Betrieben.

1. Nach Ruppin. Antwort: Die Versicherungsfreiheit aus § 169 RVO. tritt kraft Gesetzes ein, sobald seitens der zuständigen Stelle der den Kassenleistungen gleichgestellte Anspruch in bindender Weise dem Beschäftigten gewährleistet ist. Eine derartige Anordnung kann jederzeit erfolgen, darf aber niemals rückwirkende Kraft haben. Denn bis zum Erlaß der Anordnung war der Anspruch eben noch nicht gewährleistet, also die Versicherungspflicht begründet, und es steht dem Schulverbande nicht zu, die daraus sich ergebenden Rechte und Pflichten rückwirkend aufzuheben (zu vgl. unsere Anm. in Heft 32 S. 762). Daher bestehen bis dahin sowohl die Melde- als auch die Beitragspflicht und anderseits freilich auch die Leistungspflicht der Kasse.

Befugnis der Ersatzkassen, den Antrag aus § 517 Abs. 1 RVO. für ihre Mitglieder zu stellen.

2. Nach C. Antwort: Nach der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 5. Dezember 1913 (ZentrBl. f. d. Deutsche Reich S. 1220) hat der Bundesrat bestimmt, daß allen Ersatzkassen, „wenn sie dies bei dem Reichsamt des Innern beantragen", gemäß § 519 Abs. 2 RVO. die Befugnis übertragen „wird", statt derjenigen ihrer Mitglieder, die nach § 517 Abs. 1 das Ruhen ihrer Rechte und Pflichten als Mitglieder ihrer Krankenkassen beantragen wollen, diesen Antrag bei der Krankenkasse zu stellen. Das bedeutet: Der Bundesrat hat bereits im voraus allen zugelassenen Ersatzkassen jene Befugnis übertragen, nur unter der Bedingung, daß sie den Antrag beim Bundesrat (Reichsamt des Innern) stellen. Sobald also der Antrag gestellt ist, ist die Uebertragung unbedingt wirksam geworden. Daß er im vorliegenden Falle durch Eingabe vom 27. Dezember 1913 tatsächlich gestellt ist, ergibt der Bescheid vom 8. Januar 1914. Wenn die in Frage stehende Kasse erst nachher als Ersatzkasse zugelassen worden ist, so ist selbstverständlich erst hiermit jene Befugnis in Wirksamkeit getreten.

Berechnung der Dauer des Krankengeldbezugs.

3. Nach Leipzig. Frage: Unsere Satzung bestimmt: „Die Krankenhilfe endet spätestens mit Ablauf der 52. Woche nach Beginn der Krankheit, wird jedoch Krankengeld erst von einem späteren Tage an bezogen, nach diesem." Da wir von der 1. bis 40. Woche volles und von der 41. bis 52. Woche halbes Krankengeld gewähren, sind wir der Auffassung, daß wir für 40 Wochen = 240 Tage volles Krankengeld und für 12 Wochen und einen Tag = 73 Tage das halbe Krankengeld, außerdem noch die ersten 3 Karenztage Arzt und Medizin zu gewähren haben, so daß sich die Krankenhilfe tatsächlich auf 52 Wochen und 4 Tage erstreckt. Ist das richtig?

Antwort: Es ist richtig bis auf einen Punkt. Aus §§ 124, 125 RVO. ergibt sich, daß in die Gesamtdauer des Krankengeldbezugs von 52 Wochen der erste Krankengeldtag nicht mit einzurechnen ist. Deshalb tritt dieser Tag den ersten 40 Wochen hinzu, so daß für 241 (nicht 240) Tage das volle und für 72 (nicht 73) Tage das halbe Krankengeld zu gewähren ist.

Keine Versicherungsfreiheit aus § 169 RVO. wegen Bezugs einer Pension aus einem früheren Beschäftigungsverhältnis.

4. Nach B. 100. Antwort: Da die pensionierten Bergarbeiter als Hilfsaufseher in der Zuckerfabrik von dem Kgl. Hauptzollamt nur Tagelohn erhalten, sind ihnen offenbar für die Dauer der Regelleistungen Bezüge überhaupt nicht gewährleistet; Versicherungsfreiheit aus § 169 RVO. kann also nicht in Anspruch genommen werden. Wenn jene Personen vom Knappschaftsverein eine jährliche Pension von 600 M. sowie im Krankheitsfall Arzt und Arznei frei erhalten, so muß dies außer Betracht bleiben, da es sich dabei nicht um einen Anspruch gegen den Arbeitgeber, das Kgl. Hauptzollamt, handelt. Die Versicherungsfreiheit setzt voraus, daß dem Beschäftigten aus demselben Beschäftigungsverhältnisse, das an sich seine Versicherungspflicht begründet, einer der im § 169 bezeichneten An-

Digitized by Google

sprüche zusteht (vgl. Hahn, Handb. der KrVers. S. 187 Anm. 2 zu § 169). Auch § 225 trifft nicht zu. Denn Zugehörigkeit zu einer knappschaftlichen Krankenkasse, derzufolge die Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse nach § 225 RVO. ausgeschlossen wäre, liegt jedenfalls nicht vor.

Neuwahl bei Tod des Vorstandsvorsitzenden.

5. **Nach Worms.** Antwort: Das Amt des Vorsitzenden ist nach der Reichsversicherungsordnung, im Vergleich zum früheren Rechte, von gesteigerter Bedeutung (vgl. §§ 8, 9, 18, 19, 354, 379). Dies kommt auch in den Vorschriften über seine Wahl zum Ausdruck (§ 328, 329), verglichen mit der Vorschrift über die Wahl von Stellvertretern (§ 330). Deshalb ist anzunehmen, daß das Gesetz besonderes Gewicht auf das Vorhandensein eines ordnungsmäßig gewählten ordentlichen Vorsitzenden legt und daß beim Ausscheiden, also auch beim Tode des Vorsitzenden zu einer Neuwahl nach §§ 328, 329 zu schreiten ist. Der Stellvertreter übernimmt die Geschäfte des Vorsitzenden nur bei vorübergehenden Behinderungen, hier also bis zur Neuwahl.

Gerichtliche Aufhebung des Ausschlusses eines Mitgliedes aus einem Versicherungsverein a. G.

6. **Nach Charlottenburg.** Antwort: Wenn das landgerichtliche Urteil die durch Generalversammlung vom 15. Dezember 1912 ausgesprochene „Ausschließung bzw. Aussteuerung" des Klägers als Mitglied Ihrer Kasse für unzulässig erklärt und feststellt, daß der Kläger Ihrer Kasse weiterhin als Mitglied angehört, so gilt jene Ausschließung als nicht erfolgt, und Ihre Kasse ist berechtigt, Nachzahlung der Beiträge zu verlangen, wie umgekehrt auch Ihre Kasse für die Zeit nach dem 15. Dezember 1914 gegebenenfalls Leistungen zu gewähren hätte.

Neuer Unterstützungsfall im versicherungsrechtlichen Sinne.

7. **Nach Berlin.** Antwort: Wenn das Mitglied ausgesteuert ist, so kann es wegen derselben Krankheit, insbesondere also wegen erneuter Verschlimmerung der Unfallfolgen keine Ansprüche gegen die Kasse erheben, sofern es fortdauernd krank, d. h. einer Heilbehandlung bedürftig oder arbeitsunfähig war. Lag aber zwischen der letzten Unterstützung und der neuerlichen Verschlimmerung eine Zeit, in der weder Heilbedürftigkeit noch Arbeitsunfähigkeit bestand, so liegt jetzt im versicherungsrechtlichen Sinne eine „neue" Erkrankung vor, bei der es ohne Belang ist, daß sie auf die frühere Krankheitsursache zurückzuführen ist. Dann muß die Kasse die satzungsmäßigen Leistungen gewähren. Die bestehende Haftpflichtversicherung ist für diese Frage selbstverständlich ohne alle Bedeutung.

Heilverfahren der Versicherungsanstalt bei Dienstboten. Kein Ersatzanspruch gegen städtische Versicherung (§ 440 RVO.).

8. **Nach Mainz.** Antwort: Ein Anspruch der Versicherungsanstalt auf Ersatz für ein von ihr eingeleitetes Heilverfahren besteht nach § 1518 RVO. nur gegen die Krankenkassen sowie nach § 1521 gegen die knappschaftlichen Krankenkassen und die Ersatzkassen, nicht aber gegen Einrichtungen für Dienstboten kraft landesrechtlicher Fürsorge gemäß § 440 RVO. Letztere sind keineswegs Krankenkassen im Sinne der RVO. (§ 225; vgl. auch Hanow-Lehmann, Anm. 7 zu § 1518).

Krankengeld neben dem Heilverfahren aus der Angestellten-Versicherung.

9. **Nach Grünberg i. Schl.** Antwort: Das Heilverfahren der Reichsversicherungsanstalt bleibt für den Anspruch des Versicherten auf Krankengeld ganz außer Betracht. Besteht Krankheit im Sinne der Krankenversicherung, handelt es sich also nicht nur um rein vorbeugende Fürsorge, so ist Krankengeld in voller Höhe zu zahlen. § 194 Nr. 2 RVO. handelt von dem satzungsgemäßen Anspruch auf Krankengeld neben der von der Krankenkasse gewährten Krankenhauspflege und kann bei einem Heilverfahren der Angestelltenversicherung keinen Grund für die Kürzung der satzungsmäßigen Kassenleistungen abgeben.

Beratungsgebühr des Arztes neben der Verrichtungsgebühr.

10. **Nach Schneidemühl.** Antwort: Die Besuchs- oder Beratungsgebühr schließt nach der preußischen Gebührenordnung für Aerzte allerdings die Untersuchung des Kranken und die Verordnung mit ein (Ziff. 5 der Taxe), abgesehen von besonders eingehenden Untersuchungen (Abs. 2 das.); dagegen darf die Besuchs- oder Beratungsgebühr besonders gefordert werden neben der Gebühr für andere Verrichtungen, es sei denn, daß diese letztere Gebühr mehr als 10 M. beträgt (Ziff. 6 der Taxe). Es ist daher gerechtfertigt, wenn der Arzt außer der Gebühr für Beseitigung eines Fremdkörpers noch die Beratungsgebühr fordert.

Krankenhilfe bei Zangengeburt.

11. **Nach Rudolstadt.** Antwort: Ist Kunsthilfe durch den Arzt bei nicht normalem Verlauf der Entbindung notwendig, so muß der Fall als Krankheit gelten, für die Krankenhilfe zu gewähren ist (zu vgl. Hahn, Handb. S. 211 Anm. 1c zu § 182). Die Ursache der Krankheit ist ja in jedem Falle ohne Bedeutung, es ist also auch gleichgültig, wenn die Anwendung der Zange durch Beckenverengerung bedingt wurde. Die von der Wochenhilfe handelnden Bestimmungen Ihrer Satzung kommen nicht in Betracht.

Für die Redaktion verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 64.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Dippe; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe; Geh. Regierungsrat Professor Dr. Laß, Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Rat Dr. Olshausen; Geheimrat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1084 der ganzen Folge

31. Jahrgang | 1. Dezember 1914 | Heft 34

Können sich Personen, die nach § 169 RVO. versicherungsfrei werden, weiterversichern?

Von Wirklichem Geheimen Ober-Regierungsrat Dr. Hoffmann in Berlin-Grunewald.

Nach § 169 RVO. werden die in Betrieben oder im Betriebe des Reiches, eines Bundesstaates, eines Gemeindeverbandes, einer Gemeinde oder eines Versicherungsträgers Beschäftigten, sowie Lehrer und Erzieher an öffentlichen Schulen oder Anstalten nur versicherungsfrei, wenn ihnen gegen ihren Arbeitgeber ein Anspruch mindestens entweder auf Krankenhilfe in Höhe und Dauer der Regelleistungen der Krankenkassen oder für die gleiche Zeit auf Gehalt, Ruhegeld, Wartegeld oder ähnliche Bezüge im anderthalbfachen Betrage des Krankengeldes gewährleistet ist. Von dieser Befreiungsmöglichkeit ist in weitem Umfange Gebrauch gemacht, insbesondere haben auch die Gemeinden die von ihnen Beschäftigten von der Versicherungspflicht befreit. Während aber das Reich und die Bundesstaaten einen der in Frage stehenden Ansprüche schon vor dem 1. Januar 1914 zugesichert haben, haben zahlreiche Gemeindeverbände und Gemeinden die Befreiung ihrer Beschäftigten von der Versicherungspflicht vielfach erst nach dem 1. Januar 1914, also nach dem Inkrafttreten des 2. Buches der Krankenversicherung, herbeigeführt. Diese Beschäftigten sind also eine Zeitlang krankenversichert gewesen. Dadurch erklärt es sich, daß bei ihnen vielfach das Bestreben hervortritt, sich die Annehmlichkeiten einer wohlfeilen Krankenversicherung zu erhalten. Denn die Gemeinden und Gemeindeverbände haben nach dem Vorgange im Reich und in Preußen — vgl. Staatsministerialbeschluß vom 16. Dezember 1913 (HMBl. 1914 S. 12) — in der Regel nur für die gesetzliche Unterstützungsdauer den Anspruch auf Gehalt, Ruhegeld, Wartegeld oder ähnliche Bezüge, nicht aber die Gewährung von Krankenhilfe zugesichert. Vom Standpunkt des Reiches, der Bundesstaaten oder der Gemeinden und Gemeindeverbände war diese Regelung die gegebene Lösung der Frage, da die Bereitstellung der Krankenpflege (Arzt, Arznei, Heilmittel) nur in wenigen Fällen ohne erhebliche Umstände möglich, auch durchweg kostspieliger ist, ganz abgesehen davon, daß in der Regel auch das Gehalt weitergezahlt zu werden pflegt. Für die Beschäftigten bedeutet aber die Fortzahlung des Gehalts usw. keinen Vorteil, denn im allgemeinen wird den Beamten oder den in beamtenähnlich gesicherter Stellung befindlichen Beschäftigten — und nur solche Beschäftigte kommen in Betracht, vgl. Bd. 31 S. 681 ff. dieser Zeitschrift — während der Krankheit das Gehalt usw. weitergezahlt. Nur in den seltenen Fällen, wo die Pension oder auch das Gehalt niedriger ist als der anderthalbfache Betrag des Krankengeldes, oder wo wegen Eröffnung des Verfahrens aus dem Amte das Gehalt usw. einbehalten ist, hat die Zusicherung der Weiterzahlung für die Be-

Digitized by Google

schäftigten einen greifbaren Vorteil. Sonst wird mit dieser Zusicherung für die Beamten nichts weiter erreicht, als daß für sie die Krankenversicherung vollständig ausgeschaltet wird.

Wenn schon ohnehin in den Kreisen der unteren und mittleren Beamten das Streben nach Erlangung einer Krankenversicherung für sich und ihre Angehörigen hervortritt, so liegt es für die Beschäftigten der Gemeinden und Gemeindeverbände, die schon eine Zeitlang versichert waren, nahe, sich die Wohltaten der Krankenversicherung zu sichern. Dies läßt sich auf zwei verschiedenen Wegen erreichen, einmal durch die Weiterversicherung (§ 313 RVO.) und sodann durch die freiwillige Versicherung gemäß § 176 Abs. 1 Nr. 1 RVO. Die Weiterversicherung ist nur solchen Personen zugänglich, die auf Grund der Reichsversicherung oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse in den vorangangenen zwölf Monaten mindestens sechsundzwanzig Wochen oder unmittelbar vorher mindestens sechs Wochen versichert waren, wenn sie aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheiden. Beschäftigte der Gemeinden oder Gemeindeverbände, welche erst nach dem 1. Januar 1914 versicherungsfrei geworden sind, werden im allgemeinen sechs Wochen versichert gewesen sein, zumal die Versicherung vor dem 1. Januar 1914 ohne Rücksicht darauf, ob sie auf Grund des Versicherungszwanges oder auf Grund der Versicherungsberechtigung bestanden hat, mitgerechnet wird. Dagegen kann es zweifelhaft sein, ob diese Personen auch aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheiden. Das Oberversicherungsamt in Merseburg, das sich, soweit bekannt, bisher allein mit dieser Frage beschäftigt hat, hat in einer Entscheidung vom 11. Mai 1914 (ArbVers. S. 448) das Recht auf Weiterversicherung den auf Grund des § 169 RVO. befreiten Beschäftigten versagt, weil sie nicht aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausgeschieden wären. Solche Personen könnten, wenn sie Mitglieder der Kasse bleiben wollten, nur im Wege der freiwilligen Versicherung gemäß § 176 RVO. die Mitgliedschaft von neuem erwerben.

Dieser Auffassung kann nicht zugestimmt werden. Für die Anwendung des § 313 RVO. ist, wie auch das Preußische Oberverwaltungsgericht hinsichtlich des vorbildlichen § 29 KVG. entschieden hat (vgl. Entsch. vom 7. Nov. 1907, Bd. 51, S. 344; ArbVers. 1908 S. 421), der Grund des Ausscheidens aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung für die Berechtigung zur Weiterversicherung ohne Belang, so daß auch Werkmeister, Handlungsgehilfen usw., welche die für die Versicherungspflicht gezogene Grenze des Jahresarbeitsverdienstes erreichen, als aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausgeschieden anzusehen sind und sich weiterversichern können. Es liegt kein Grund vor, Personen, die infolge der Zusicherung des Anspruchs auf Krankenhilfe oder auf Weiterzahlung des Gehalts in Krankheitsfällen versicherungsfrei werden, anders zu behandeln und nicht als aus versicherungspflichtiger Beschäftigung ausgeschieden anzusehen. Denn ihre Beschäftigung bleibt an sich nach § 165 RVO. versicherungspflichtig, nur ist die Versicherungspflicht tatsächlich ausgeschaltet. Infolgedessen tritt auch die Versicherungspflicht in dem Augenblick wieder ein, wo die Zusicherung der Ansprüche widerrufen wird. Wäre beabsichtigt gewesen, nur solche Personen zur Weiterversicherung zuzulassen, die ihre versicherungspflichtige Beschäftigung aufgeben und aus diesem Grunde aus der Kasse ausscheiden, so hätte gerade im Hinblick auf die angezogene Entscheidung des Preußischen Oberverwaltungsgerichts mehr wie nahe gelegen, dies im Gesetze zum Ausdruck zu bringen. Das hätte dadurch erreicht werden können, daß die Anwendung des § 313 RVO. auf die Fälle des Ausscheidens wegen Erwerbslosigkeit beschränkt worden wäre, wobei unter Erwerbslosigkeit in Uebereinstimmung mit der Rechtsprechung des Preußischen Oberverwaltungsgerichts zu KVG § 28 (jetzt § 214 RVO.) das Fehlen einer gegen Entgelt stattfindenden Beschäftigung zu verstehen wäre, ohne daß es auf den Grund der Erwerbslosigkeit ankommt (vgl. Entsch. vom 27. Okt. 1890, Bd. 20, S. 365). Oder es hätte im § 313 RVO. klargestellt werden müssen, daß er nur

Digitized by Google

für die im § 165 Abs. 1 Nr. 1 RVO. bezeichneten Personen (Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge, Dienstboten) gelten solle, die ohne Rücksicht auf die Höhe des ihnen gezahlten Entgelts versicherungspflichtig sind, also nur durch Einstellen der Arbeit aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheiden können.

Für die Krankenkassen ist die Frage nach Zulassung der Weiterversicherung von großer praktischer Bedeutung. Während die freiwillige Versicherung bei einem jährlichen Gesamteinkommen von 2500 M. unzulässig ist, die Satzung das Recht zum Beitritt von einer bestimmten Altersgrenze und von der Vorlegung eines ärztlichen Gesundheitszeugnisses abhängig machen kann, auch die Versicherung in der zutreffenden Lohnstufe oder Lohnklasse erfolgt, steht die Verwaltung der Krankenkasse den sich weiterversichernden Personen machtlos gegenüber. Die Kasse darf weder durch Nichtannehmen der Beiträge die Weiterversicherung vereiteln (vgl. OVG. Entsch. vom 16. Febr. 1901, Bd. 39, S. 320), noch durch die Satzung das gesetzlich verbürgte Recht auf Weiterversicherung einschränken oder beseitigen. Als weiterer Nachteil der Weiterversicherung wird von den Krankenkassen die vom Reichstag eingefügte Vorschrift des § 313 Abs. 1 RVO. empfunden, wonach das sich weiterversichernde Mitglied in eine niedere Lohnklasse oder Lohnstufe übertreten kann. Da die Krankenpflege in allen Lohnklassen oder Lohnstufen für die Kasse gleich teuer ist, so kommt die Kasse bei den Beiträgen der niedrigen Lohnstufen oder Lohnklassen nur zum Teil auf die Kosten; müssen doch die Beiträge der höheren Lohnklassen oder Lohnstufen mit ihren besseren Risiken ohnehin die Versicherung in den anderen Lohnstufen oder Lohnklassen mittragen. Das erscheint den Krankenkassen um so weniger angängig, als es sich bei den weiterversichernden Mitgliedern vielfach um Personen handelt, deren jährliches Gesamteinkommen mehr als 2500 M. bis zu 4000 M. beträgt. Wenn in der Beantwortung einer Anfrage auf S. 316 des laufenden Jahrgangs dieser Zeitschrift die Zulässigkeit der Weiterversicherung für die in § 169 RVO. bezeichneten Personen, mit der Erwägung verneint wird, daß bei der Befreiung aus § 169 dem Versicherungsbedürfnisse durch die Gewährleistung anderer Ansprüche genügt sei, so würde dieser Grund auch gegen die Zulässigkeit der freiwilligen Versicherung sprechen, die auch in der Antwort ausdrücklich für zulässig erklärt wird. Gegenüber dem Wortlaute des Gesetzes, das schlechthin von einem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung spricht, kann die Erwägung um so weniger durchschlagen, als es sich bei den Beschäftigten der im § 169 bezeichneten Art um Personen mit geringem Jahreseinkommen, nach dem angezogenen Staatsministerialbeschlusse sogar nur Arbeiter, handelt, von denen der Schutz gegen die durch längere Krankheiten eintretenden wirtschaftlichen Schäden als ein dringendes Bedürfnis empfunden wird; die Fortzahlung des ohnehin nicht erheblichen Gehalts bietet diesen Schutz aber keineswegs. Nach alledem muß die Weiterversicherung der in Frage stehenden Personen unbedingt für zulässig erachtet werden, wobei allerdings nicht verkannt werden soll, daß eine Klarstellung der Verhältnisse durch Aenderung der einschlägigen Vorschriften dringend erwünscht ist. Jedenfalls sollte für diese Personen das Recht zum Uebertritt in eine niedrigere Lohnklasse beseitigt werden. Auffällig ist es, daß das Oberversicherungsamt, da es sich um eine noch nicht festgestellte Auslegung der gesetzlichen Vorschriften handelt, nicht gemäß § 1799 RVO. die Entscheidung dem Reichsversicherungsamt überlassen hat.

Uebrigens steht aus den gleichen Erwägungen den im §§ 170, 171 RVO. bezeichneten Personen das Recht zur Weiterversicherung nach § 313 RVO. zu.

Anmerkung der Schriftleitung: Die Auffassung des Oberversicherungsamts Merseburg (hier S. 448), die unser hochgeschätzter Herr Mitarbeiter in vorstehenden Ausführungen bekämpft, hatten wir schon vorher in einer Auskunft („Nach Unna" S. 316) vertreten und näher begründet, und wir halten sie auch gegenüber dem vorstehenden Aufsatz aufrecht. Richtig ist, daß die Fürsorge, von deren Gewährleistung die Befreiung von der Versicherungspflicht nach §§ 169, 170, 171 abhängt, praktisch nicht in allen Fällen derjenigen Fürsorge gleichkommt, die durch die Versicherung nach

Digitized by Google

der RVO. gewährt wird; aber es läßt sich nicht bestreiten, daß dem Gesetze der Gedanke zu Grunde liegt, daß bei Gewährleistung der in §§ 169 ff. bezeichneten Ansprüche ein Versicherungsbedürfnis nicht mehr gegeben ist. Wollte man gleichwohl in diesen Fällen die Weiterversicherung nach § 313 zulassen, so würde auch die gesetzliche Folge nicht zu umgehen sein, daß gerade die hier in Frage stehenden, im Sinne des Gesetzes schon ausreichend gesicherten Beschäftigten in die niedrigste Lohnklasse übertreten und durch einen geringfügigen Beitrag sich noch die vollen Leistungen der Krankenpflege sichern könnten, zum Schaden der Kasse, die auch die Altersschwachen und die chronisch Kranken nicht zurückweisen könnte, und — nicht zu vergessen! — zum Schaden der Aerzte, die gehalten wären, auch diese verhältnismäßig gutgestellten Personen für die Sätze der Kassentaxe (oder für das Pauschale), äußerstenfalls für die Mindestsätze der Gebührenordnung, zu behandeln. Eine Klarstellung und Aenderung des Gesetzes in dieser Richtung hält auch Herr Dr. Hoffmann für „dringend erwünscht". Wir meinen aber, daß der aus der Zulassung der Weiterversicherung in den Fällen der §§ 169 ff. mit notwendiger Folge sich ergebende Mißstand nicht nur ein Anlaß für ein Eingreifen der Gesetzgebung, sondern auch ein Grund für die Rechtsprechung sein muß, ernstlich zu erwägen, ob denn eine Auslegung, die jenen Mißstand nach Lage des Gesetzes unabweislich nach sich zieht, wirklich der Absicht des Gesetzes entsprechen mag, ob sie wirklich geboten oder auch nur zulässig ist. Die Fassung des § 313 legt aber die Verneinung der Frage nahe. Sie fordert als Voraussetzung der Weiterversicherung das Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen „Beschäftigung". Die erwähnte Entscheidung des preuß. OVG. (ArbVers. 1908 S. 421) mißt einer Aenderung des Beschäftigungsverhältnisses aus einem versicherungspflichtigen in ein versicherungsfreies ebenfalls die Bedeutung des Ausscheidens aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung bei. Das kann man im allgemeinen gelten lassen, muß es aber nicht auf jede derartige Aenderung beziehen. Wenn die Aenderung des Beschäftigungsverhältnisses nur darin besteht, daß der Arbeitgeber sich zu einer Fürsorge in Krankheitsfällen verpflichtet, die das Gesetz (§§ 169 ff.) als einen hinreichenden Ersatz der gesetzlichen Krankenversicherung gelten läßt, so heißt es den Worten des Gesetzes Zwang antun, wenn man auch in diesem Fall ein Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen „Beschäftigung" annehmen will. Denn die Beschäftigung bleibt ganz unberührt, und auch in den für die Krankenversicherung in Betracht kommenden Bedingungen des Beschäftigungsverhältnisses tritt nur die Aenderung ein, daß der Versicherungspflicht durch eine vom Gesetz für ausreichend erachtete Fürsorge anderer Art genügt wird. Der Hinweis darauf, daß bei solcher Auffassung auch die Versicherungsberechtigung und das Beitrittsrecht abgesprochen werden müßten, trifft nicht zu; denn die nach §§ 169 ff. Versorgten sind immerhin „versicherungsfrei" im Sinne der §§ 176, 310; und die Anwendung dieser Vorschriften schließt jene Mißstände aus, die im Falle der Weiterversicherung unabweislich sind und gegen die Absicht des Gesetzes sprechen, die Anwendung des § 313 in den Fällen der §§ 169 ff. zuzulassen.

Dem Wunsche des Herrn Verfassers, daß die Frage im Wege des § 1799 RVO. vor das Reichsversicherungsamt gebracht werden möge, können wir uns selbstverständlich nur anschließen.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Anträge nach § 1731 Abs. 2 RVO. können nur bei der zuständigen Spruchstelle angebracht werden.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 20. Mai 1914.

Anträge, die innerhalb einer gesetzlichen Verfahrensfrist zu stellen sind, müssen nach der Reichsversicherungsordnung regelmäßig an die Stelle gerichtet werden, die zu entscheiden hat (zu vgl. z. B. §§ 129 Abs. 1, 133 Abs. 2 a. a. O.). In gewissen Fällen gilt die Frist allerdings auch dann als gewahrt, wenn der Antrag rechtzeitig bei einer anderen inländischen Behörde oder bei einem Organe der Versicherungsträger eingegangen ist (zu vgl. u. a. §§ 129 Abs. 2, 133 Abs. 2, 1730 der RVO.). An einer derartigen Vorschrift fehlt es aber für die einwöchige Frist des § 1731 Abs. 2 RVO., innerhalb deren der Antragsteller nach Zurückweisung seines Antrags auf Wiederaufnahme des Verfahrens durch den Vorsitzenden der Spruchstelle die Entscheidung der zuständigen Stelle anrufen kann. Denn es handelt sich bei diesem Antrage nicht um ein Rechtsmittel im Sinne der §§ 128, 129 RVO. Die Zulassung solcher an unrichtiger Stelle in der Frist, bei der zuständigen Stelle verspätet, eingegangener Anträge hätte daher im Gesetz ebenso ausdrücklich vorgeschrieben werden

Digitized by Google

müssen, wie sie z. B. in § 133 Abs. 2 RVO. für Anträge auf Wiedereinsetzung in den vorigen Stand und in § 1730 RVO. für Anträge auf Wiederaufnahme des Verfahrens vorgeschrieben worden ist (vgl. auch die Begr. zu § 1683 des Entw. RVO. S. 510 Reichstagsdrucks. zu Nr. 340 12. Legislaturperiode II. Session 1909-10). Infolgedessen vermag der Antragsteller im vorliegenden Falle die Rechtzeitigkeit seines Antrags auf Entscheidung des Spruchsenats nicht darauf zu stützen, daß dieser innerhalb der gesetzlichen Frist beim Kgl. Versicherungsamt B. eingegangen ist. Eine Unbilligkeit kann übrigens hierin nicht erblickt werden, da der Antragsteller der gesetzlichen Vorschrift gemäß darüber belehrt worden ist, daß er die Entscheidung des Spruchsenats anzurufen habe. An diesem Ergebnisse kann nichts ändern, daß nach der Angabe des Antragstellers die Schuld an der Fristversäumung seinen Vertreter trifft, da die Partei, die einen Dritten mit der Einlegung eines Rechtsmittels, Rechtsbehelfs usw. beauftragt hat, die Handlungen und Unterlassungen des Beauftragten selbst zu vertreten hat. Der Antrag auf Entscheidung des Spruchsenats war sonach als verspätet zu verwerfen.

Ablehnung eines Rechtshilfeersuchens ist keine „Entscheidung" (§ 1791 RVO.)

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 13. Juni 1914 (1888 Amtl. Nachr. 1914 S. 657).

Das Oberversicherungsamt ist davon ausgegangen, daß es nach § 1798 RVO. in der vorliegenden Streitsache endgültig zu entscheiden hätte. Dies ist jedoch nicht zutreffend. Die Schreiben der Allgemeinen Ortskrankenkasse in St. vom 21. und 26. Januar und 4. Februar 1914, in denen diese die Leistung der Rechtshilfe ablehnt, sind keine Entscheidungen im Sinne des § 1791 RVO., gegen welche die Rechtsbeschwerde gegeben wäre. Bei Verweigerung der Rechtshilfe durch einen Versicherungsträger kann vielmehr zunächst nur dessen Aufsichtsbehörde angerufen werden, damit diese ihn im Aufsichtswege zur Leistung der Rechtshilfe veranlasse (zu vgl. Hanow, Komm. zur RVO. 1. Buch 3. Aufl. Anm. 3 vorletzter Absatz zu § 116). Diese Anrufung ist aber kein Rechtsmittel, sondern eine unbefristete Aufsichtsbeschwerde, und fällt daher auch nicht unter den § 1791 RVO. Erst gegen die Entscheidung der Aufsichtsbehörde ist das Rechtsmittel der Beschwerde nach § 1792 RVO. zulässig (zu vgl. Lehmann, Komm. zur RVO. 6. Buch Vorbem. zu §§ 1791, 1792; Düttmann, § 1791 Anm. 1 a, § 1792 Anm. 2). Demgemäß kommt im vorliegenden Falle erst das Schreiben des Versicherungsamts vom 23. Februar 1914, in dem dieses den Antrag der Beschwerdeführerin, die Allgemeine Ortskrankenkasse zur Leistung der Rechtshilfe anzuhalten, zurückweist, als beschwerdefähige Entscheidung in Betracht. Nach § 1792 RVO. hat über die Beschwerde gegen diese Entscheidung das Oberversicherungsamt zu entscheiden, gegen dessen Entscheidung nach § 1797 a. a. O. die weitere Beschwerde an das Reichsversicherungsamt zulässig sein würde.

Da das Oberversicherungsamt also nicht endgültig zu entscheiden hat, liegen die Voraussetzungen des § 1799 RVO. nicht vor. Die Abgabe der Sache an das Reichsversicherungsamt war daher nicht gerechtfertigt, so daß die Sache unter Aufhebung des Abgabebeschlusses an das Oberversicherungsamt zurückverwiesen werden mußte.

B. Zur Krankenversicherung.

Einfluß der Eingemeindung auf allgemeine Ortskrankenkassen und Landkrankenkassen.

Erlaß des preuß. Minister für Handel usw. und für Landwirtschaft usw. vom 11. März 1914.

Die in eingemeindeten Gemeinden bestehenden allgemeinen Ortskrankenkassen und Landkrankenkassen bleiben bei Eingemeindungen unverändert weiter bestehen, bis durch Vereinigung oder Ausscheidung die Grenzen der Kassenbezirke mit den Grenzen der Gemeindebezirke in Uebereinstimmung gebracht werden. Nur auf diesen Fall bezieht sich § 298 Abs. 1 Nr. 1 RVO. Einer Genehmigung der obersten Verwaltungsbehörden nach § 226 Abs. 3 a. a. O. bedarf es nicht, da sich diese Vorschrift nur auf die „Errichtung" von Kassen bezieht, deren Bezirk sich über den des Versicherungsamts hinaus erstreckt.

Ein vor dem 4. August 1914 Erkrankter hat Anspruch auf das satzungsmäßig höhere Krankengeld, auch wenn er erst nach diesem Tage arbeitsfähig wurde.

Entscheidung des Versicherungsamts der Stadt Breslau vom 27. Oktober 1914.

Der Kläger hat seit dem 7. Juli 1914 wegen Nackenfurunkels in Behandlung des Spezialarztes R. gestanden und ist vom 10. bis zum 29. August 1914 wegen desselben Leidens arbeitsunfähig gewesen. Die beklagte Krankenkasse will das Krankengeld gemäß dem Notgesetze vom 4. August 1914 nur nach

Digitized by Google

der Regelleistung bemessen, während der Kläger das satzungsmäßig höhere Krankengeld beansprucht.

Das Versicherungsamt hat die Kasse zur Zahlung des höheren Krankengeldes verurteilt mit folgender Begründung:

Die Bestimmung in § 1 des Gesetzes vom 4. August 1914, daß laufende Leistungen unberührt bleiben sollen, erscheint wie die gleiche Bestimmung in dem sinnverwandten § 391 RVO. lediglich als Anwendung eines in § 211 RVO. enthaltenen allgemeinen Grundsatzes: „Für Versicherungsfälle, die bereits eingetreten sind, können durch Satzungsänderung die Leistungen erhöht, nicht aber herabgesetzt werden." Die abweichende Fassung des Satzes in den Fällen von § 1 des Notgesetzes und § 391 RVO. erklärt sich daraus, daß hier eine Erhöhung der Leistungen nicht in Frage kommt. Daß es sich um bloße Anwendungsfälle von § 211 RVO. handelt, läßt die Entstehungsgeschichte deutlich erkennen. § 391 RVO. ist aus § 33 Abs. 4 des Krankenversicherungsgesetzes hervorgegangen. § 33 Absatz 4 KVG. erklärt aber den mit § 211 RVO. inhaltlich übereinstimmenden § 26a Abs. 3 KVG. für anwendbar: „Abänderungen des Statuts, durch welche die bisherigen Kassenleistungen herabgesetzt werden, finden auf solche Mitglieder, welchen bereits zur Zeit der Abänderung ein Unterstützungsanspruch wegen eingetretener Krankheit zusteht, für die Dauer dieser Krankheit keine Anwendung." Zu § 1 des Notgesetzes bemerkt die Gesetzesbegründung noch ausdrücklich, „natürlich bleibe § 211 der Reichsversicherungsordnung unberührt, so daß für Versicherungsfälle, die bereits eingetreten seien, die Leistungen nicht herabgesetzt oder vorzeitig eingestellt werden könnten." Hiernach kann es keinem Zweifel unterliegen, daß unter „laufende Leistungen" die (beim Inkrafttreten des Notgesetzes) „schwebenden Unterstützungsfälle" zu verstehen sind. Der Ausdruck „laufende Leistungen" erscheint auch nicht unglücklich gewählt, wenn man berücksichtigt, daß beim Versicherungsfall der Erkrankung als laufende Leistung die Krankenhilfe, gleichviel in welcher Form sie begegnen mag, anzusehen ist. Aus dieser Bestimmung des Begriffs „laufende Leistungen" ergibt sich für das zeitliche Anwendungsgebiet des Notgesetzes, daß die Wirkungen des Gesetzes dann nicht eintreten, wenn Krankenhilfe bereits beim Inkrafttreten des Notgesetzes erforderlich gewesen, das heißt, der Versicherungsfall der Erkrankung schon vor diesem Zeitpunkte eingetreten ist. Wann die Arbeitsunfähigkeit begonnen hat, ist demnach unerheblich.

Der Kläger ist bereits am 7. Juli 1914, also vor dem Inkrafttreten des Notgesetzes erkrankt. Das Notgesetz kann deshalb auf seine Ansprüche keine Anwendung finden.

Anfechtung einer vorbehaltlos befolgten aufsichtlichen Anordnung ist unzulässig.

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 9. Mai 1914 (1911 Amtl. Nachr. 1914 S. 736).

Der Vorstand einer Ortskrankenkasse hatte beschlossen, die Wahl der Arbeitnehmervertreter zum Ausschuß im Gewerkschaftshause stattfinden zu lassen und eine dahingehende Bekanntmachung veröffentlicht. Hierüber wurde von verschiedenen Wahlberechtigten beim Versicherungsamte Beschwerde geführt mit der Begründung, das Wahllokal sei ungeeignet, weil es abseits vom Mittelpunkte der Stadt liege und außerdem sozialdemokratischen Parteizwecken diene. Das Versicherungsamt erließ darauf eine Verfügung, durch die es dem Vorstand auf Grund des § 377 RVO. aufgab, an Stelle des Gewerkschaftshauses ein möglichst im Mittelpunkte der Stadt gelegenes, unparteiisches Wahllokal für die bezeichnete Wahl zu bestimmen.

Der Vorstand erklärte hierauf, daß er bereit sei, ein unparteiisches Wahllokal zu bestimmen, und schlug vor, das Versicherungsamt möge bei der Schuldeputation die Hergabe einer städtischen Turnhalle erwirken. Auf Veranlassung des Versicherungsamts wurde alsdann dem Vorstand zu Wahlzwecken eine Turnhalle zur Verfügung gestellt. Hier beraumte auch der Vorstand die Wahl an, und sie fand daselbst am 23. November 1913 statt. Am 29. November 1913 erhob jedoch der Vorstand über die vorstehend bezeichnete Verfügung des Versicherungsamts Beschwerde beim Oberversicherungsamt und beantragte, die Verfügung des Versicherungsamts, wenngleich er sich ihr wegen der Kürze der Zeit zur Erhebung des Widerspruchs gefügt habe, für ungültig zu erklären.

Das Oberversicherungsamt wies durch Entscheidung der Beschlußkammer vom 18. Dezember 1913 die Beschwerde zurück. Hiergegen hat der Vorstand rechtzeitig beim Reichsversicherungsamt weitere Beschwerde eingelegt, die jedoch gleichfalls zurückgewiesen wurde.

Der Vorstand ist der Anordnung des Versicherungsamts vorbehaltlos nachgekommen. Er hat in seinem Schreiben vom 18. November ausdrücklich erklärt, daß er bereit sei, ein anderes Wahllokal zu bestimmen, und die Hergabe der städtischen Turnhalle angeregt, auch selbst die Wahl dort anberaumt und abgehalten. Damit hat die Anordnung des Versicherungsamts vom 15. November 1913 ihre Erledigung gefunden. Es ist daher für eine Beschwerde des Vorstandes überhaupt kein Raum mehr. Insbesondere kann eine solche nicht lediglich zu dem Zwecke eingelegt werden, um eine für künftige Fälle maßgebende Entscheidung der höheren Instanzen herbeizuführen. Die Beschwerde mußte aus dieser Erwägung zurückgewiesen werden.

Digitized by Google

Es erübrigte sich daher, die Entscheidung des Oberversicherungsamts und die Anordnung des Versicherungsamts sachlich nachzuprüfen.

Wahl zum Kassenvorstand; Prüfung der Wahlvorschläge; Unterschrift.

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 18. April 1914 (1904 Amtl. Nachr. 1914 S. 728).

Allerdings ist den beiden Vorinstanzen darin beizutreten, daß der eingereichte Wahlvorschlag mangelhaft war, weil er nur von zwei Ausschußmitgliedern unterzeichnet war. Nach § 335 RVO. liegt die Wahl des Vorstandes dem Ausschuß ob. Wenn § 25 Abs. 1 der Wahlordnung der Kasse bestimmt, daß ein Wahlvorschlag von drei Wahlberechtigten zu unterschreiben sei, so kann es sich hierbei nur um drei Ausschußmitglieder handeln; die Unterschrift durch ein stellvertretendes Ausschußmitglied genügt nicht.

Die Beschwerdeführer machen nun geltend, daß A., der den Vorschlag dem Versicherungsamt eingereicht hat, Ausschußmitglied sei und dadurch die fehlende Unterschrift eines dritten Wahlberechtigten ersetzt sei. Denn drei Wahlberechtigte hätten ihren Willen unzweifelhaft dahin zu erkennen gegeben, daß sie die auf der Liste benannten Personen zur Wahl für den Vorstand vorschlagen wollten. Dem kann indessen nicht zugestimmt werden. Die Bestimmung des § 25 Abs. 1 der Wahlordnung, daß der Vorschlag von drei Personen zu unterzeichnen sei, ist eine Formvorschrift, die genau beachtet werden muß. Durch sie soll klar und unzweideutig festgestellt werden, daß mindestens drei Wahlberechtigte den Vorschlag aufgestellt haben. Daraus, daß jemand eine von anderen unterzeichnete Liste einreicht, geht nicht unbedingt hervor, daß er auch persönlich den Vorschlag zu seinem eigenen macht. Der Hinweis der Beschwerdeführer auf das Verfahren, das bei der Wahl der jetzt tätigen nichtständigen Mitglieder des Reichsversicherungsamts aus dem Kreise der Arbeitnehmer für zulässig erachtet worden sei, ist verfehlt. Bei diesen Wahlen haben die Wahlberechtigten schriftlich erklärt, daß sie die in einer Anlage bezeichneten Personen wählten. Daß diese in einer Anlage, nicht in dem die Erklärung enthaltenden Schriftstück selbst bezeichnet waren, mußte allerdings nach Lage der Sache als zulässig erachtet werden. Im vorliegenden Falle ist der Sachverhalt aber anders. Hier hat A. nur eine von anderen Personen unterschriebene Liste eingereicht, ohne seinerseits irgendeine auf die Wahl bezügliche Erklärung abzugeben; insbesondere hat er nicht erklärt, daß er die in der Vorschlagsliste bezeichneten Personen seinerseits ebenfalls vorschlage. Wenn er dies hätte tun wollen, so hätte nichts im Wege gestanden, daß er seinen Willen klar und deutlich zum Ausdruck brachte. Der Vorschlag der Beschwerdeführer war daher mangelhaft und hätte deshalb, wie auch das Oberversicherungsamt annimmt, von dem Versicherungsamt an A. zur Vervollständigung und Nachbringung der dritten Unterschrift zurückgegeben werden müssen. Für die Ausschußwahl ist in § 9 Abs. 1 der Wahlordnung der Kasse ausdrücklich bestimmt, daß der Vorstand die Wahlvorschläge zu prüfen und etwaige Anstände dem Vorschlagsvertreter umgehend mitzuteilen habe. Die Gründe, die zu dieser Bestimmung geführt haben, liegen auch bei der Wahl des Vorstandes vor. Daß die Wahlordnung selbst auf diesem Standpunkt steht, geht daraus hervor, daß § 24 der Wahlordnung ausdrücklich bestimmt, daß das Wahlausschreiben unter anderem die im § 5 Abs. 1 bezeichneten Hinweise enthalten müsse. Nach dieser Bestimmung ist anzugeben, „wo die Wahlvorschläge nach ihrer Zulassung (§ 9) von den Wählern eingesehen werden können". Die „Zulassung" aber setzt eine Prüfung des Vorschlags durch den Vorstand oder wie hier durch den Vertreter des Versicherungsamts als Wahlleiter voraus. Daraus, daß § 25 Abs. 2 der Wahlordnung nur diejenige Bestimmung des § 9, nach der die Wahlvorschläge in der Reihenfolge ihres Einganges mit Ordnungsnummern versehen werden sollen, mit aufgenommen hat, nicht aber auch die auf die Prüfung von Wahlvorschlägen und die Mitteilung von Anständen bezüglichen Bestimmungen des § 9, kann nicht mit dem Versicherungsamte geschlossen werden, daß eine solche Prüfung und Mitteilung nicht erforderlich ist. Die ausdrückliche Uebernahme jener Bestimmungen erübrigte sich, weil sich aus der Anführung des § 5 Abs. 1 im § 24 schon mit hinreichender Deutlichkeit ergibt, daß auch bei der Vorstandswahl die gleiche Prüfungs- und Mitteilungspflicht hinsichtlich der Anstände wie bei der Ausschußwahl besteht. Das Versicherungsamt hat nun durch Verfügung vom 1. November 1913 die von A. eingereichte Vorschlagsliste für ungültig erklärt. Es kann dahingestellt bleiben, ob es damit, wie das Oberversicherungsamt meint, seiner Verpflichtung zur Mitteilung der Anstände genügt hat. Jedenfalls ist den Beschwerdeführern die Beseitigung des Mangels dadurch unmöglich gemacht worden, daß das Versicherungsamt bereits am 5. November 1913, also vor Ablauf der Frist zur Beseitigung des Mangels, den auf den 27. November 1913 anberaumten Wahltermin aufgehoben und die jetzigen Vorstandsmitglieder aus dem Kreise der Versicherten für gewählt erklärt hat. Dieses Verfahren war unzulässig, so daß der Beschwerde stattgegeben und die Wahl der Vertreter der Versicherten für ungültig erklärt werden mußte.

Digitized by Google

Erwerbsunfähigkeit im Sinne der Kranken- und Invalidenversicherung.

Entsch. des **bad. Verwaltungsgerichtshofs** vom 9. Dezember 1913.

Der Begriff der Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes ist nicht derselbe, wie derjenige im Sinne des Invalidenversicherungsgesetzes. Auch ein im Sinne des Invalidenversicherungsgesetzes invalider, z. B. an Altersbeschwerden oder sonstigen körperlichen Gebrechen dauernd leidender Arbeiter kann noch einer krankenversicherungspflichtigen Beschäftigung nachgehen und Unterstützungsansprüche nach Maßgabe des Krankenversicherungsgesetzes erwerben.

Chronische Krankheiten erscheinen nicht schon deshalb, weil mit ihnen eine Minderung der Erwerbsfähigkeit verbunden ist, als Krankheiten im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes, sondern erst dann, wenn in dem Dauerzustand des Leidens eine Aenderung eintritt, die eine Heilbehandlung erforderlich macht oder Erwerbsunfähigkeit bedingt. Die chronischen Leiden werden deshalb in dem Gesetz (§ 6a Abs. 1 Ziff. 3, § 26a Abs. 2 Ziff. 3) als Krankheitsursachen bezeichnet, durch welche zeitweilige Erkrankungen, neue Unterstützungsfälle, veranlaßt werden können.

Zahlung der Kassenbeiträge durch den Arbeitgeber ohne Rechtspflicht ist für Bemessung des Krankengeldes nicht dem Entgelt zuzurechnen.

Entsch. des **bad. Verwaltungsgerichtshofs** vom 18. November 1913.

Unter Lohn im Sinne der sozialen Gesetzgebung versteht man den Inbegriff von Geld oder geldeswerten Gegenständen, die nach der Absicht der Parteien das Entgelt, die Gegenleistung für die Arbeit oder für die persönliche Widmung zu dieser bilden sollen. Ob er ein fester oder in welch anderer Weise er bestimmt ist, ist unerheblich; wesentlich ist vielmehr lediglich, daß er nicht etwa nur als Geschenk, sondern als wirkliches Arbeitsentgelt sich darstellt. Einen Nachweis dafür, daß durch den Arbeitsvertrag der Arbeitgeber neben dem vereinbarten Wochenlohn von 22 M. die Verpflichtung zur Tragung des den Versicherten treffenden Anteils an den Kassenbeiträgen übernommen habe, vermochte der Versicherte nicht zu erbringen. In der freiwilligen Zahlung des den Versicherten treffenden Anteils an den Kassenbeiträgen durch den Arbeitgeber kann auch nicht eine stillschweigende Vereinbarung darüber erblickt werden, daß die Zahlung dieses Anteils einen Bestandteil des Lohnes bilden soll. Ein Ortsgebrauch, wonach Arbeitgeber auch ohne ausdrückliche Vereinbarung die auf die Versicherten entfallenden Anteile der Kranken- und Invalidenversicherungsbeiträge endgültig übernehmen, besteht im Arbeitsort nicht. Unter diesen Umständen stellt sich die Zahlung der betreffenden Anteile durch den Arbeitgeber lediglich als eine freigebige Zuwendung dar, die dem Versicherten zwar eine Entlastung bringt, von diesem aber bei der Lohnbemessung nicht in Rechnung gestellt werden kann. Die freiwillig übernommene Leistung des Arbeitgebers wurde nicht wesentlicher Bestandteil des Arbeitsvertrags und der durch ihn festgesetzten und begrenzten Vergütung des Arbeitsverdienstes. Als Entgelt für die Tätigkeit des Versicherten im Betriebe des Arbeitgebers war nur der Arbeitsverdienst anzuerkennen; hiernach war das Krankengeld zu bemessen.

Lohnarbeitsverhältnis zwischen einem Landwirt und seinen Söhnen?

Entsch. des **Oberversicherungsamts Meiningen** vom 29. Juni 1914.

Der Landwirt E. in G. wurde von der allgemeinen Ortskrankenkasse in S. aufgefordert, seine beiden in seinem landwirtschaftlichen Betrieb tätigen Söhne Viktor und Edwin E. zur Krankenversicherung anzumelden. Das Versicherungsamt hatte die Versicherungspflicht der Söhne anerkannt; diese Entscheidung ist vom Oberversicherungsamt mit folgender Begründung aufgehoben:

Ein schriftlicher Vertrag ist zwischen E. und seinen Söhnen nicht abgeschlossen worden, ebensowenig bezogen diese einen baren Lohn, sie erhielten vielmehr von ihrem Vater nur Kost, Wohnung, Kleidung und ein ganz geringes Taschengeld. Es fragt sich nun, ob die von den Söhnen geleistete Arbeit und ihr Unterhalt bei ihrem Vater zu einander im Verhältnis von Leistung und Gegenleistung standen. Diese Frage ist aber zu verneinen. Wie auch in der vom Reichsversicherungsamt herausgegebenen Anleitung über den Kreis der versicherten Personen hervorgehoben wird, kann die Frage, ob zwischen Verwandten ein Arbeitsverhältnis besteht, nur nach Lage der jeweiligen Umstände zutreffend entschieden werden, und man wird in bäuerlichen Verhältnissen wie denen des Beschwerdeführers ein nur familienhaftes Zusammenleben von Eltern und Kindern im allgemeinen als die Regel ansehen müssen. Auch hier können die in Betracht kommenden Umstände nicht zur Annahme eines Lohnarbeiterverhältnisses führen. E. kann zwar seinen 25 ha großen Grundbesitz nicht ohne die Mitarbeit seiner Söhne bewirtschaften. Das geht vor allem daraus hervor, daß er vor der Schulentlassung des älteren Sohnes außer einer auch jetzt beschäftigten Magd noch einen Knecht ständig gehalten hat. Dies allein aber macht das Verhältnis des Vaters E. zu seinen

Digitized by Google

Söhnen nicht zu einem Lohnarbeitsverhältnis. Die Söhne, die erst vor kurzem der Schule entwachsen sind, arbeiten sich allmählich in den landwirtschaftlichen Betrieb ihres Vaters ein, jedenfalls um später einmal das Gut selbst zu übernehmen und gegebenenfalls es unter sich zu teilen. Sie gelten und fühlen sich nicht als Knechte oder Arbeiter ihres Vaters, ihre Arbeitsleistungen stellen eine dem Familienverhältnisse entspringende Hilfe dar, der ihnen gewährte freie Unterhalt bildet keine verdiente Entschädigung für diese Arbeitsleistungen. Anders wäre zu urteilen, wenn ein bestimmter, den Leistungen entsprechender barer Lohn vereinbart und regelmäßig gewährt worden wäre, wenn sonst eine Bindung durch Vertrag stattgefunden hätte, unter Umständen auch, wenn die Söhne schon einmal bei Fremden in Arbeit gestanden hätten; dies war hier nicht der Fall, wie es bei bäuerlichen Familien von der Lage des Beschwerdeführers überhaupt im allgemeinen nicht üblich ist, daß die Söhne als Tagelöhner oder Knechte in fremde Dienste treten. Vgl. Revisionsentsch. 1512, 1538, 1572 RVA., Amtl. Nachr. 1910 S. 647, 1911 S. 403 und 519. Entsch. des Herzogl. Landesverwaltungsgerichts in Meiningen vom 7. November 1906.

C. Zur Unfallversicherung.

Unfall eines amtlich verpflichteten Wagmeisters beim Wägen von Feldfrüchten kein Betriebsunfall.

Rek.-Entsch. des **bad. Landesversicherungsamts** vom 14. Mai 1914.

In der Gemeinde E. ist seit dem Jahre 1881 der Landwirt W. H. als Wagmeister bestellt und s. Zt. vom Bezirksamt E. als solcher verpflichtet worden. In dieser Eigenschaft hat der Genannte auf Anrufen der Beteiligten unter Benutzung der Gemeindewage die Feldfrüchte zu wiegen und gegebenenfalls über das Ergebnis der Gewichtsfeststellungen einen Wagschein auszustellen. Für diese Tätigkeit hat er von den Beteiligten für die festgestellte Gewichtseinheit eine Gebühr anzusprechen, welche, soweit es sich um Verwiegen von Tabak handelt, von der Gemeinde festgesetzt ist, im übrigen auf Uebung beruht und für die Feststellung des Gewichts von Heu für den Zentner 6 Pf. beträgt.

Wagmeister H. hat nun am 31. März 1913 auf Ansuchen des Landwirts J. B. in der Scheuer der Witwe M. das von dem ersteren dem Landwirt F. M. abgekaufte und daselbst lagernde Heu abgewogen. Während H. einen Teil des Heus auf die an einem Balken der Obertenne hängende Wage auflud (was er nach seiner Angabe deshalb getan hat, weil es zum Geschäft gehört und andere Personen mit dem Aufladen nicht recht, insbesondere nicht rasch genug umgehen können), brach plötzlich der Balken und verletzte den H. am Kopfe.

Die badische landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft hat die Gewährung einer Unfallrente abgelehnt, weil kein landwirtschaftlicher Betriebsunfall vorliege. Das Oberversicherungsamt M. ist gegenteiliger Ansicht und hat deshalb die Berufsgenossenschaft zur Bewilligung der gesetzlichen Unfallrente verurteilt. Auf Rekurs des H. hat das Landesversicherungsamt diese Entscheidung aufgehoben aus folgenden **Gründen**:

In seinem eigenen landwirtschaftlichen Betrieb hat H. den Unfall nicht erlitten. Insoweit könnte nur in Frage kommen, ob H. bei dem Abwiegen des Heus dem Landwirt J. B. etwa einen Gefälligkeitsdienst in der üblichen Erwartung ähnlicher, seinem eigenen landwirtschaftlichen Betrieb zugute kommender Gegenleistungen erwiesen hat, in welchem Falle jener Dienst insofern einen Ausfluß seines eigenen Betriebs gebildet hätte, als ihm dadurch die Gegenleistung des anderen gesichert worden wäre. Davon ist aber nach der eigenen Darstellung des H. keine Rede. Er hat zwar das zu verwiegende Heu selbst auf die Wage geladen, aber keineswegs in der Erwartung, daß der Auftraggeber B. ihm deshalb s. Z. einen landwirtschaftlichen Gegendienst verrichten würde, sondern weil andere Personen das Aufladen auf die Wage in einer zum Wiegen geeigneten Weise nicht zu vollführen vermögen, es somit zum Geschäft des Wagmeisters gehört, und H. sich deshalb dazu für verpflichtet erachtete, außerdem aber auch, weil andernfalls das Abwiegen zu viel Zeit in Anspruch genommen hätte. Der Beweggrund war also ausschließlich die dem H. übertragene Aufgabe des Abwiegens.

Im übrigen könnte H. Anspruch auf Unfallrente nur erheben, wenn er, als ihm der Unfall zustieß, im landwirtschaftlichen Betrieb des B. als Arbeiter beschäftigt gewesen wäre, § 923 RVO. (eine Tätigkeit als Betriebsbeamter kommt selbstverständlich nicht in Frage). Diese Voraussetzung ist aber nicht erfüllt.

H. ist als im Dienste der Gemeinde stehender Wagmeister, der als solcher wegen seiner obrigkeitlichen Verpflichtung und öffentlichen Bestallung besonderes Vertrauen genießt, von B. mit dem Geschäfte des Verwiegens beauftragt worden und hat jenes Geschäft in dieser seiner dienstlichen Eigenschaft vorgenommen. Wenn er also auch nur auf Anrufen des B. tätig geworden ist und von diesem seine Bezahlung zu erhalten hat,

Digitized by Google

so hat doch für ihn eine persönliche und wirtschaftliche Abhängigkeit von B., wie sie für das Arbeitsverhältnis wesentlich ist, nicht bestanden. H. hat vielmehr, ohne dabei der Aufsicht oder Leitung eines Arbeitgebers unterworfen und an dessen Weisungen gebunden zu sein, über dem Interessenten stehend die ihm als Wagmeister obliegende Aufgabe selbständig nach pflichtmäßigem Ermessen erfüllt.

Hieran vermag auch der Umstand, daß er das Heu auf die Wage legte, nichts zu ändern, da diese Tätigkeit keine selbständige Bedeutung hat, sondern wie dargelegt, zum Geschäft des Abwiegens gehört, so daß H. auch insofern, als er gerade jene Tätigkeit ausübte, in einem Abhängigkeitsverhältnis nicht stand.

Reiseentschädigung des Rentenempfängers für eine ärztliche Untersuchung.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 12. August 1914 (2740 Amtl. Nachr. 1914 S. 675).

Das Reichsversicherungsamt hat in ständiger Rechtsübung anerkannt, daß die Kosten, welche infolge einer von der Berufsgenossenschaft angeordneten ärztlichen Untersuchung entstehen, dem Verletzten zu erstatten sind (zu vgl. Handb. der Unfallverf. 3. Aufl. Bd. I S. 481 Anm. 2 Abs. 3 zu § 71 GUVG.). Dieses Recht ergibt sich aus der Erwägung, daß der Verletzte durch Maßnahmen des Versicherungsträgers, die im Interesse der Rentenfeststellung erfolgen, keinen Schaden erleiden darf. Dagegen haften die Berufsgenossenschaften natürlich nicht für Kosten, die durch eigenes Verschulden des Verletzten entstehen. Um solche handelt es sich aber im vorliegenden Falle, insoweit die Kosten einer Reise von St. nach T. höher sind, als von D. nach T. Die Berufsgenossenschaft hatte die Untersuchung des Sch. in T. angeordnet, weil sie annahm, der Verletzte wohne noch wie früher in D. Davon, daß er seit Februar 1913 in St. beschäftigt war, hatte Sch. der Berufsgenossenschaft nichts mitgeteilt. Er wäre aber hierzu verpflichtet gewesen. Denn der mehrmonatige Aufenthalt in St. begründete wie jedes längere, nicht zufällige Verweilen einen neuen Wohnort des Verletzten (zu vgl. Entsch. 2650, Amtl. Nachr. 1913 S. 639). Daß sich Sch. selbst hierüber im klaren war, ergibt sich schon aus seiner polizeilichen Anmeldung in St. Von einem Wohnungswechsel hat aber ein Rentenempfänger den Versicherungsträger in Kenntnis zu setzen. Es handelt sich dabei nicht nur darum, daß den Berechtigten Zustellungen des Versicherungsträgers erreichen, sondern der Wohnort ist auch von Bedeutung für die Nachprüfung der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse sowie für die Auswahl des Arztes, dem die Nachuntersuchung übertragen wird. Solange der Wohnungswechsel nicht angezeigt ist und er dem Versicherungsträger infolgedessen unbekannt geblieben ist, kann sich der Rentenempfänger nicht darauf berufen, daß er verzogen sei. Sch. hatte um so mehr Anlaß, seinen Wohnort der Berufsgenossenschaft anzugeben, weil er aus der Ladung gerade nach T. entnehmen konnte, daß die Berufsgenossenschaft bei Auswahl des Untersuchungsorts davon ausgegangen war, er wohne noch in dem nahe bei T. gelegenen D. Der Verletzte hätte sich sagen müssen, daß die Berufsgenossenschaft, wenn sie gewußt hätte, er wohne an ihrem Sitze in St., ihn wohl dort hätte untersuchen lassen. Dazu kommt, daß die Berufsgenossenschaft den Sch. zweimal, nämlich in dem Bescheide vom 17. Dezember 1912 und mündlich am 15. Mai 1913 aufgefordert hat, einen etwaigen Wohnungswechsel sofort mitzuteilen.

Der Berechtigte hat daher nur Anspruch auf Entschädigung für zwei Fahrten von D. nach T. Das Reichsversicherungsamt hält hierfür die Zahlung von jedesmal 4,35 M. für angemessen. Dieser Betrag setzt sich wie folgt zusammen: Fahrgeld für die Strecke D. bis T. und zurück 3. Klasse 0,50 M., Zeitversäumnis ½ Tag 3,35 Mark, Mehraufwand für Zehrung 0,50 M., insgesamt 4,35 M.

Bei dieser Berechnung ist der wirkliche Verdienstausfall des Sch., der damals einen Lohn von täglich 6,70 M. hatte, und nicht, wie die Berufsgenossenschaft will, der der Rentenberechnung zugrunde gelegte Betrag von 4 M. berücksichtigt worden. Auch ist die Ansicht der Berufsgenossenschaft nicht zutreffend, daß die Rente, die der Verletzte bezog, in Betracht zu ziehen sei. Denn diese Rente war unabhängig von den Fahrten nach T. zu zahlen. Schließlich war dem Verletzten auch ein Betrag von je 0,50 M. als Mehraufwand für Zehrung zuzubilligen. Wenn auch der Verletzte in St. von seiner Familie getrennt lebte und ebenso wie in T. im wesentlichen auf das Wirtshaus angewiesen war, so entstehen doch erfahrungsgemäß höhere Ausgaben für Zehrung bei einer einmaligen Reise unter fremden Verhältnissen, als bei mehrmonatigem Aufenthalt an demselben Orte. Die Berufsgenossenschaft, die bisher an Kosten erst 3,90 M. erstattet hat, wird daher dem Sch. noch weitere 4,90 M. zu zahlen haben.

Digitized by Google

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Zu §§ 1302, 1303 RVO: Begriff der häuslichen Gemeinschaft; Vererblichkeit des Anspruchs.

Rev.-Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 16. März 1914

(1895 Amtl. Nachr. 1914 S. 694).

Der Ausspruch des Oberversicherungsamts, daß der **Kläger** „den Nachweis der häuslichen Gemeinschaft mit seiner Tochter nicht erbringen konnte", wird offenbar auf § 1303 RVO. gestützt, wenngleich dies nicht ausdrücklich gesagt wird. Er unterliegt aber auch insoweit erheblichen Bedenken, als das Oberversicherungsamt hier zu Unrecht seine Pflicht, von Amts wegen den Sachverhalt aufzuklären, verkennt und dem Kläger die Beweislast für eine zur Stütze seines Anspruchs dienende Tatsache auferlegen will (zu vgl. Revisionsentsch. 1548, 1765, Amtl. Nachr. 1911 S. 420, 1913 S. 739 und Handb. der Unfallversf. 3. Aufl. Bd. III S. 698ff.; Hanow-Lehmann, Anm. 8 zu § 1280 und Anm. 6 zu § 1445); er ist endlich auch insoweit unzureichend, als er nicht die Tatsachen angibt, auf die er sich im einzelnen stützt. Indessen ist das Revisionsgericht in dem Verfahren der Reichsversicherungsordnung bei der Nachprüfung der Rechtsanwendung insofern nicht auf die in der Urteilsbegründung getroffenen tatsächlichen Feststellungen beschränkt, als es weitergehend als im Zivil- und Strafprozesse den gesamten Inhalt der Akten zu berücksichtigen hat, und zwar leitet sich diese seine Aufgabe aus der ihm durch § 1697 Nr. 1 und 2 RVO. auferlegten Pflicht her, zu prüfen, ob das angefochtene Urteil etwa auf einem Verstoße gegen den klaren Inhalt der Akten beruhe oder das Verfahren an wesentlichen Mängeln leide. Zieht man aber hier das Ergebnis der von der Beklagten angestellten, im angefochtenen Urteil nicht ausreichend wiedergegebenen Ermittlungen heran, so ist in der Tat in Uebereinstimmung mit der Beklagten und dem Oberversicherungsamte zu verneinen, daß der Kläger mit seiner verstorbenen Tochter zur Zeit ihres Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt hat. Denn beide lebten räumlich völlig getrennt. Der Wohnsitz des Klägers ist J., der Wohnsitz seiner verstorbenen Tochter und ihr Beschäftigungsort zur Zeit ihres Todes war B.; dort hatte sie bis zu ihrem Ableben ihren ständigen Aufenthalt, Wohnung und Beköstigung erhielt sie von ihren Arbeitgebern an ihrer Arbeitsstätte. Nach den Ermittlungen der Polizei wohnten dort auch keinerlei Angehörige bei ihr. Selbst wenn die Klägerin in der Tat, was als zutreffend unterstellt werden mag, in der Zeit zwischen der Entlassung aus dem Genesungsheime bis zum Antritt ihrer letzten Stellung, also etwa vom 24. Juni bis 2. August 1911, sich in der Häuslichkeit ihres Vaters aufgehalten hat, und selbst wenn man annehmen will, daß während dieser anscheinend nur als vorübergehender Erholungsbesuch gedachten Zeit zwischen beiden eine häusliche Gemeinschaft bestanden haben sollte, so wäre gleichwohl diese Tatsache hier nicht von Bedeutung. Denn mit dem Antritt ihrer neuen und letzten Stellung als Verkäuferin hat die Verstorbene das Zusammenleben mit ihrem Vater in einem Hausstand zweifellos in der Absicht aufgegeben, sich nun wieder für die Dauer oder zum mindesten für eine unbestimmt lange Zeit wie bisher in Ausübung ihres Berufs in einem räumlich vom Haushalt des Vaters völlig getrennten Lebenskreis aufzuhalten. Damit wurde aber die häusliche Gemeinschaft, falls diese etwa während ihres Besuchs bei ihrem Vater in J. bestanden haben sollte, in jedem Falle wieder aufgehoben. Denn grundsätzlich wird daran festzuhalten sein, daß von einer häuslichen Gemeinschaft — von ganz besonders gelagerten Einzelfällen vielleicht abgesehen — nur dann die Rede sein kann, wenn die Beteiligten in einem gemeinsamen Hausstand lebten; von dem Erfordernis eines räumlichen Zusammenlebens absehen zu wollen, hieße dem Wortlaut des Gesetzes Gewalt antun (zu vgl. Hanow-Lehmann, Anm. 7 zu § 1302; Düttmann, Anm. 7 zu § 1302; Moesle-Rabeling, 3. Aufl. Anm. 3 zu § 614 RVO.). Es braucht im übrigen hier nicht zu der Frage Stellung genommen zu werden, ob eine zufällige oder vorübergehende Unterbrechung des Zusammenlebens etwa in Ausübung des Berufs oder zum Eintritt in ein Krankenhaus mit der Absicht, im Falle der Genesung in den gemeinsamen Haushalt zurückzukehren, schon die häusliche Gemeinschaft aufhebt, was wohl zu verneinen sein würde. Denn im vorliegenden Falle kann kein Zweifel darüber bestehen, daß die Verstorbene zur Zeit ihrer letzten Einlieferung in die Krankenanstalt, wo sie alsdann starb, nicht mit ihrem Vater in häuslicher Gemeinschaft gelebt hat. Unerheblich ist aber, ob sie, was wohl leicht möglich gewesen wäre, im Falle ihrer Genesung nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhause sich zunächst wieder in ihr Elternhaus zurückbegeben hätte. Denn entscheidend ist nach § 1303 RVO. die im Zeitpunkt des Todes vorhandene häusliche Gemeinschaft, und eine solche bestand, wie erörtert, nicht zwischen der Verstorbenen und dem Kläger.

Die gegenteilige Ansicht (zu vgl. Weymann, Anm. 7 zu § 1302; ähnlich auch Kobler, Arb.-Vers. 1913 S. 296), daß der Ausdruck „häusliche

Digitized by Google

Gemeinschaft" nicht räumlich, sondern nur ethisch aufzufassen sei, ist, wie erörtert, mit dem Wortlaut nicht zu vereinbaren. Sie ist offenbar nur dem Wunsche entsprungen, die bei der ersteren Auffassung gegenüber dem bisherigen Rechtszustand und namentlich auch im vorliegenden Falle zutage tretende Härte tunlichst zu beseitigen, eine Härte, die darin besteht, daß nahe Angehörige des verstorbenen Versicherten trotz der diesem gewährten Unterstützungen lediglich deshalb nicht zu den Bezugsberechtigten gehören, weil sie nicht mit ihm zur Zeit seines Todes einen gemeinsamen Hausstand gebildet haben; denn das Aufgeben des räumlichen Zusammenlebens in den Familien des Arbeiterstandes wird zumeist durch Erwerbsrücksichten bestimmt und bildet deshalb kein untrügliches Merkmal für die Stärke der verwandtschaftlichen Beziehungen und für das Maß der einander gemachten Zuwendungen. Indessen dieser auch von anderer Seite anerkannten Unbilligkeit (zu vgl. Niederschrift über die Konferenz der deutschen Versicherungsanstalten in Berlin am 4. und 5. April 1913 S. 23 und Schlenther in der ArbVers. 1913 S. 676) auf diesem Wege zu begegnen, ist, auch abgesehen von der Schwierigkeit der Ausdehnung des Gesetzes über seinen klaren Wortlaut hinaus, schon deshalb nicht unbedenklich, weil hiermit eine tatsächliche Abgrenzung des Begriffs der häuslichen Gemeinschaft außerordentlich erschwert (so auch Weymann a. a. O. Anm. 7 Abs. 3), wenn nicht unmöglich gemacht wird; ein Mißstand, der namentlich dann hervortreten würde, wenn Bezugsberechtigte gleichen Grades in Frage kommen, deren Bezugsberechtigung sich teils auf häusliche Gemeinschaft im engeren, räumlichen Sinne, teils auf solche im weiteren, ethischen Sinne gründet. Eine derartige freirechtliche Auslegung des Begriffs oder gar ein Notgesetz, wie es vorgeschlagen wurde (ArbVers. 1913 S. 676), wird dann völlig entbehrlich, wenn man im Einklang mit der Rechtslehre und den in ständiger Uebung erhärteten Grundsätzen der Rechtsprechung auf dem Gebiete des bürgerlichen wie des öffentlichen Rechts annimmt, daß der Anspruch auf fällige Rentenbeträge nach bürgerlichem Rechte vererblich ist, und daß diese bürgerlichrechtliche Rechtsnachfolge von Todes wegen durch die in den §§ 1302, 1303 RVO. (zu vgl. auch § 614 a. a. O.) vorgenommene Einschaltung von Bezugsberechtigten nicht aufgehoben, sondern nur eingeschränkt wird.

Kann also der Kläger zwar als Bezugsberechtigter im Sinne des § 1303 RVO. keinen Anspruch auf Festsetzung der Invalidenrente und auf Auszahlung der bis zum Todestage fälligen Rentenbeträge erheben, so steht doch anderseits, da nach den Ermittlungen auch ein sonstiger Bezugsberechtigter nicht vorhanden ist, in Frage, ob er etwa als bürgerlichrechtlicher Erbe der verstorbenen Versicherten dieses Recht geltend machen kann. Hat, wie anzunehmen ist, die Verstorbene weder ein Testament gemacht noch — wofür auch ein Anhalt fehlt — Nachkommen hinterlassen (§ 1924 BGB.), so würde der Kläger und die etwa noch lebende Mutter der Verstorbenen oder deren Abkömmlinge nach § 1925 BGB. zur Erbfolge als gesetzliche Erben berufen sein. Die bislang noch nicht geprüfte Frage der Erbberechtigung des Klägers ist allerdings nur von Bedeutung, wenn man annimmt, daß der hier streitige Anspruch auf Auszahlung der Rentenrückstände zum Vermögen (Erbschaft) der Verstorbenen gehört hat; denn nur dann ist er auf Grund des § 1922 BGB. auf den Erben übergegangen. Hierzu ist aber zunächst erforderlich, daß jener Anspruch zu den Vermögensrechten im Sinne des § 1922 BGB. gehört und ferner, daß diese an sich nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs bestehende Vererblichkeit des Anspruchs nicht etwa durch die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung als des späteren Reichsgesetzes beseitigt wird.

Das Vermögen des Erblassers besteht aus allen seinen geldwerten Gegenständen, also Sachen und Rechten (Leonhardt, Erbrecht 2. Aufl. Anm. III A zu § 1922 BGB.), und zwar ist die Vererblichkeit aller Vermögensrechte und vermögensrechtlichen Verbindlichkeiten die Regel (Staudinger 5. bis 6. Aufl. Bd. V Bem. IV 2 zu § 1922 BGB.; Planck 3. Aufl. Bd. V Vorbem. II vor § 1922). Der hier zur Erörterung stehende Anspruch auf die fraglichen Rentenrückstände geht auf Zahlung einer Geldsumme, ist also rein vermögensrechtlicher Art. Seine Zugehörigkeit zum Nachlaß könnte daher nur aus zwei Gesichtspunkten zweifelhaft sein: einmal, ob er nicht als höchst persönliches Recht unvererblich ist, da derartige Rechte nicht zum Nachlaß gehören (Staudinger a. a. O. Bem. IV), und sodann, ob der auf öffentlichem Rechte beruhende Rentenanspruch überhaupt zum bürgerlichrechtlichen Nachlaß der Verstorbenen gehört.

Die bloße Aussicht (Anwartschaft) auf eine Invalidenrente ist nun unzweifelhaft ein rein persönliches Rechtsverhältnis des Versicherten, das als solches nicht zu seinem Vermögen und mithin nicht zu seinem Nachlaß gehört; denn in seinem freien Belieben steht es, ob und wann er den Antrag auf Gewährung der Invalidenrente, der erst den Rechtsanspruch erzeugt, stellen will. Der Rentenanspruch selbst entsteht erst, wenn seine sämtlichen gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind, und zu diesen gehört auch die Anmeldung des Anspruchs, die untrennbar mit der Person des Berechtigten verknüpft ist (zu vgl. Revisionsentsch. 289, 555, Amtl. Nachr. 1893 S. 142, 1897 S. 274). Wird der Anspruch auf Invalidenrente also erst erworben mit der An-

Digitized by Google

tragstellung, so verliert er von diesem Augenblick ab aber auch seine höchst persönliche Natur, er wird eine reine Geldforderung, ein Vermögensrecht wie jedes andere, das nur in bezug auf seine Verpfändung und Uebertragbarkeit aus Zweckmäßigkeitsrücksichten Beschränkungen unterworfen ist (zu vgl. Revisionsentsch. 230, Amtl. Nachr. 1893 S. 73). Im vorliegenden Falle war der Rentenantrag schon von der Verstorbenen wirksam gestellt worden, und damit war der Anspruch auf Zahlung der fälligen Rentenbeträge auch in ihr Vermögen übergegangen.

Auch die öffentlichrechtliche Entstehung des Anspruchs auf Invalidenrente hindert nicht — wie in Abweichung von der Revisionsentscheidung des Bayerischen Landesversicherungsamts vom 20. Juni 1913 (Mitt. 1914 S. 5) angenommen wird — die Vererblichkeit des Rechtes auf Auszahlung der fälligen Rente. Allerdings behandelt nach der in der Rechtswissenschaft vorherrschenden Ansicht das Fünfte Buch des Bürgerlichen Gesetzbuch und damit auch § 1922 daselbst an sich nur das Erbrecht im zivilrechtlichen Sinne; Rechte rein öffentlichrechtlicher Art gehören nicht zum Nachlaß (Staudinger a. a. O. Bd. V S. 1; Planck a. a. O. Bd. V Vorbem. II; Leonhardt a. a. O. Anm. III C 2 zu § 1922, letzterer läßt jedoch Ausnahmen zu). Jedoch darf hierbei nicht übersehen werden, daß gerade die Rechtswissenschaft zumeist die auf Grund der Arbeiterversicherungsgesetze bestehenden Ansprüche der Versicherten als Privatrechte ansieht, die nur nach Art des öffentlichen Rechts geschützt werden (Gierke, Deutsches Privatrecht Bd. I S. 32; Wach, Handb. des deutsch. Zivilproz. Bd. I S. 8; Staudinger a. a. O., 5. bis 6. Aufl. Bd. VI Anm. 6 zu Art. 55 Einf.Ges. zum BGB.). In der Tat läßt sich eine allgemeine und scharfe Grenze zwischen öffentlichem und privatem Rechte nicht einheitlich ziehen, und namentlich läßt sie sich nicht „aprioristisch", sondern nur an der Hand der Rechtsentwicklung in befriedigender Weise bestimmen (Motive des Einf.Ges. zum BGB. S. 147). Es ist hier nicht von entscheidender Bedeutung, ob man das eigenartige Rentenrecht der sozialen Versicherung im wissenschaftlichen Sinne nun als öffentlichrechtlich geschütztes Privatrecht oder ob man es wohl im Einklang mit den in der Rechtsprechung des Reichsgerichts über die Abgrenzung des privaten und öffentlichen Rechts immer bestimmter ausgebildeten Rechtsgrundsätzen als ein an sich öffentliches Recht ansieht, das als Anspruch auf die fälligen Geldleistungen die Rechtsnatur eines rein bürgerlichrechtlichen Vermögensrechts annimmt. In dem einen wie im anderen Falle kann seine Vererblichkeit nicht in Abrede gestellt werden. Auch Ansprüche, die im öffentlichen Rechte wurzeln, haben privatrechtliche Natur, wenn sie dem Vermögensrecht angehören; sie sind daher an sich auch dem bürgerlichen Rechtsweg zugänglich, wenn dieser nicht, wie hier, durch besondere Vorschriften ausgeschlossen ist. Für die Frage, ob ein Anspruch zivilrechtlicher Art ist — und damit auch, ob er dem bürgerlichen Erbrecht unterliegt —, entscheidet nicht der Ursprung des Rechtes, sondern der Umstand, ob der Anspruch ein vermögensrechtlicher ist oder nicht (zu vgl. Entsch. des Reichsger. in Zivils. Bd. 22 S. 288, Bd. 25 S. 330, Bd. 41 — vereinigte Zivilsenate — S. 272, Bd. 57 S. 352, Bd. 70 S. 81). Verfehlt wäre es namentlich, wollte man den Rentenanspruch der Arbeiterversicherung lediglich deshalb nicht zu den bürgerlichrechtlichen und damit auch vererblichen Vermögensrechten zählen, weil seine Durchführung nicht im Zivilprozesse, sondern in einem besonderen öffentlichrechtlichen Verfahren erfolgt. Denn schon der Wortlaut des § 13 des Gerichtsverfassungsges. setzt keine Schranke, Streitigkeiten, die nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen Vermögensrechte betreffen oder sonst bürgerlichrechtlicher Art sind, vor Verwaltungsbehörden oder Verwaltungsgerichtsbehörden zu verweisen (zu vgl. Struckmann-Koch, Komm. zur ZPO. 9. Aufl. S. 1024 Anm. 2 zu § 13 des Gerichtsverfassungsgesetzes; Wach a. a. O. Bd. I S. 79). Daß es in der Tat verfehlt wäre, einen Anspruch lediglich nach der Art seiner Durchführung im bürgerlichen Rechtsstreit oder im verwaltungsgerichtlichen Verfahren als bürgerlichrechtlichen oder als öffentlichrechtlichen zu bezeichnen, erhellt schon durch einen Blick auf die Rechtsentwicklung in der Arbeiterversicherung: Es wird wohl kaum die Ansicht Schule machen, daß die auf Grund der Krankenversicherung erhobenen Entschädigungsansprüche der Versicherten etwa dadurch ihre rechtliche Natur geändert hätten, daß sie seit dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung nicht mehr wie bisher zum Teil (§ 58 Abs. 1 KVG.) von den ordentlichen Gerichten (zu vgl. Zitat zu Hahn, KVG. 6. Aufl. Einl. II b), sondern von den Versicherungsbehörden entschieden werden. Prozessuale und materiellrechtliche Begriffe sind eben bei dieser Frage scharf zu sondern.

Die Anwendung des Bürgerlichen Gesetzbuchs und der Zivilprozeßordnung auf die in der Arbeiterversicherung erhobenen Ansprüche, soweit sie vermögensrechtlicher Art sind, ist also keineswegs grundsätzlich auszuschließen. Dies hat der Gesetzgeber der Reichsversicherungsordnung im Einklang mit dem früheren Rechte mittelbar dadurch anerkannt, daß er durch § 119 RVO. die Anwendung jener Gesetze in bezug auf Pfändungen und Uebertragbarkeit erheblich einschränkte, eine Vorschrift, die überflüssig wäre, wenn die auf Grund der Reichsversicherungsordnung erhobenen Ansprüche rein öffentlichrechtlicher Natur waren (zu vgl. auch Rekursentsch. 1876, Amtl. Nachr.

Digitized by Google

1901 S. 551 ff.). Auch auf dem Gebiete des Familienrechts des Bürgerlichen Gesetzbuchs wird die bürgerlichrechtliche Natur der Ansprüche der Arbeiterversicherung allgemein unter anderem dadurch anerkannt, daß man die vor der Ehe erworbene Rentenforderung der Frau zu dem rein zivilrechtlichen Vorbehaltsgute zählt (zu vgl. Hanow-Lehmann, Anm. 6 zu § 1250 und die dort Genannten).

Daß die Rentenansprüche auf dem Gebiete des bürgerlichrechtlichen Erbrechts zu den vererblichen Vermögensrechten des Versicherten gehören, ist bisher in Uebereinstimmung mit der hier dargelegten Rechtsauffassung in allen drei Zweigen der Arbeiterversicherung von Anfang an und auch schon vor Einführung des Bürgerlichen Gesetzbuchs ganz allgemein und auch in der Wissenschaft angenommen worden (zu vgl. Mandry, Der zivilrechtliche Inhalt der Reichsgesetze 3. Aufl. S. 434, 435, 526; Rosin, Recht der Arbeiterversicherung Bd. I 1893 S. 477); nur völlig vereinzelt und außerdem ohne Angabe von Gründen wird unter dem Bürgerlichen Gesetzbuch von einem Rechtslehrer ein abweichender Standpunkt angenommen (Endemann, BGB. 7. Aufl. Bd. III S. 11 Anm. 12 zu § 3; zu vgl. dagegen unter anderem Leonhardt a. a. O. Anm. III C 2 zu § 1922). Auf dem Gebiete der Krankenversicherung haben im Einklang mit der Rechtsübung der Krankenkassen bürgerliche Gerichte und Verwaltungsgerichte unabhängig voneinander die Vererblichkeit der vermögensrechtlichen Ansprüche der Versicherten, namentlich auch des Anspruchs auf Gewährung des Krankengeldes, angenommen (zu vgl. Hahn, KVG. 6. Aufl. Einl. II b und Anm. 2a zu § 56; ferner Auskünfte in der Arbeiter-Versorgung 1892 S. 463, 1893 S. 595; ferner die Entscheidung der ordentlichen Gerichte: ArbVers. 1895 S. 482 ff. und bei Keibel, Entsch. auf dem Gebiete der Krankenvers. Bd. I S. 181, 209; ferner die Entsch. des Bad. Verwaltungsgerichtshofs vom 4. Oktober 1894, ArbVers. 1895 S. 416). Auf dem Gebiete der Unfallversicherung ist bisher trotz des Schweigens der Unfallversicherungsgesetze durch ständige Rechtsübung des Reichsversicherungsamts die Rechtsnachfolge der Erben auf Grund ihres zivilrechtlichen Erbrechts in die Rechte und Pflichten des verstorbenen Berechtigten ohne weiteres anerkannt worden (Rekursensch. 368, 761, 847, 1175, Amtl. Nachr. 1887 S. 166, 1889 S. 379, 1890 S. 487, 1892 S. 328; Handb. der Unfallversicherung 3. Aufl. Bd. I S. 261 Anm. 14 zu § 9 GUVG., Bd. I S. 497 Anm. 6 Abs. 5 zu § 75 a. a. O.). In Uebereinstimmung mit der Rechtsprechung in der Unfallversicherung hat das Reichsversicherungsamt auch auf dem Gebiete der Invalidenversicherung die Vererblichkeit des bereits erhobenen Anspruchs auf Invalidenrente angenommen, und zwar schon unter der Herrschaft des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes, das über die Rechtsnachfolge von Todes wegen in Rentenrückstände völlig schwieg (zu vgl. Revisionsentsch. 230, 288, 289, 555, Amtl. Nachr. 1893 S. 73, 141, 142, 1897 S. 247). Namentlich die mehrerwähnte Revisionsentsch. 230 vom 5. November 1892 weist unter eingehender, auf das gemeine und preußische Recht gestützten Begründung den gegen seine Auffassung erhobenen Widerspruch des Staatskommissars zurück und betont namentlich, daß die privatrechtliche Seite des Rentenanspruchs gerade auf dem Gebiete der Invalidenversicherung noch in höherem Grade als bei der Unfallversicherung hervortrete. Die Darlegungen jener Revisionsentscheidung decken sich im übrigen durchweg mit der hier unter Zugrundelegung des Bürgerlichen Gesetzbuchs vertretenen Rechtsanschauung. Der gegenüber der Revisionsentsch. 230 vertretenen Ansicht des Staatskommissars (zu vgl. hierüber von Sybel in der ArbVers. 1892 S. 591 ff., 1893 S. 17) wurde auch von wissenschaftlicher Seite widersprochen (zu vgl. Hahn in der Zeitschr. für Invalid.- und Altersvers. Bd. V S. 137 ff.; Meyer in der ArbVers. Bd. IX S. 673, Bd. X S. 433). Der Standpunkt der Revisionsentsch. 230 fand alsdann bei der Neuordnung der Invalidenversicherung die ausdrückliche Billigung des Gesetzgebers durch die Einführung des § 41 Abs. 4 IVG., der dem durch die Rechtsübung bereits klargelegten Erbrecht eine „ausdrückliche gesetzliche Grundlage" geben sollte (Begr. zum Entw. des IVG. S. 270); lediglich aus Zweckmäßigkeitsrücksichten wurde bei der Beratung dieses Gesetzes in der Reichstagskommission noch ein Bezugsrecht des Ehegatten dem bürgerlichen Erbrecht vorangestellt (Kommissionsber. zum IVG. S. 88).

Sonach sind vor der Einführung der Reichsversicherungsordnung auf allen drei Gebieten der Arbeiterversicherung niemals ernstliche Zweifel darüber entstanden, daß die vermögensrechtlichen Ansprüche der Versicherten sich nach den Vorschriften des bürgerlichen Rechts vererben. Da nun diese Ansprüche und namentlich auch der Invalidenrentenanspruch durch die Reichsversicherungsordnung in ihrer Rechtsnatur unberührt gelassen wurden, so fragt sich also nur, ob etwa das Erbrecht des Bürgerlichen Gesetzbuchs bezüglich des Invalidenrentenanspruchs durch die Reichsversicherungsordnung als das spätere Reichsgesetz beseitigt worden ist. Daß bei dieser Regelung der Gesetzgeber der Reichsversicherungsordnung — wie die erwähnte Revisionsentscheidung des Bayerischen Landesversicherungsamts vom 20. Juni 1913 (Mitt. 1914 S. 5) hervorhebt — völlig freie Hand hatte, daß er insbesondere auch den Invalidenrenten-

Digitized by Google

anspruch für ein höchst persönliches und völlig unvererbliches Recht hätte erklären können, ist ohne weiteres zuzugeben. Die Frage ist nur, inwieweit er von dieser seiner unbestrittenen Befugnis, ein älteres Reichsgesetz einzuschränken, Gebrauch gemacht hat, mit anderen Worten, welche Tragweite den Vorschriften der §§ 1302, 1303 (zu vgl. ebenso § 614) innewohnt. Das in diesen Vorschriften den in häuslicher Gemeinschaft mit dem Versicherten lebenden Angehörigen eingeräumte Bezugsrecht ist, wie auch die mitgeteilte Revisionsentscheidung des Bayerischen Landesversicherungsamts annimmt, kein Erbrecht, sondern ein von diesem qualitativ und auch nach der Bezugsfolge verschiedenes Recht. Daß hier nicht etwa lediglich ein ungenauer Ausdruck des Gesetzgebers vorliegt, daß also nicht etwa „Erbrecht" gemeint ist, wo nur von einem Bezugsrechte gesprochen wird, ergibt ein Vergleich mit § 41 Abs. 4 JVG., auf dessen Grundlage, nämlich durch Erweiterung des dort zum ersten Male vorgesehenen Bezugsrechts, die §§ 1302, 1303 entstanden sind und wo ausdrücklich das Bezugsrecht des Ehegatten den erbrechtlichen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs gegenübergestellt war. Es handelt sich hier keineswegs um einen Wortstreit; das Bezugsrecht ist kein „besonderes" Erbrecht. Der Unterschied zwischen den Wirkungen des Bezugsrechts im Gegensatze zu dem bürgerlichen Erbrecht könnte namentlich darin gesucht werden, daß das Bezugsrecht etwa kein vom verstorbenen Versicherten abgeleitetes, sondern erst in der Person des Bezugsberechtigten entstehendes Recht ist, woraus wiederum zu folgern wäre, daß der Erblasser die durch § 1302, 1303 gegebenen Bezugsrechte nicht wie bei der Erbfolge (zu vgl. Revisionsentscheidung 288, Amtl. Nachr. 1893 S. 141) durch letztwillige Verfügung abzuändern in der Lage sein würde. Indessen ist hierüber hier ebensowenig zu entscheiden wie über die weitere, sich hier aufdrängende und lediglich im bürgerlichen Rechtsstreit auszutragende Frage, ob das Bezugsrecht etwa gar nur eine Ermächtigung gegenüber dem Versicherungsträger, die Rentenrückstände in Empfang zu nehmen, gewährt und ob etwa den bürgerlichrechtlichen Erben gegenüber dem — nach anderen Gesichtspunkten bestimmten — Bezugsberechtigten ein Anspruch auf Herausgabe des Empfangenen als Teil des Nachlasses zusteht. Jedenfalls ist daran festzuhalten, daß das Bezugsrecht vom bürgerlichen Erbrecht verschieden ist, daß mithin auch die Bezugsberechtigten nicht Erben sind, was vielfach übersehen wird (ebenso Schaeffer in der Monatsschr. für Arb.- und Angest.-Vers. 1913 Sp. 164 ff.; Hanow-Lehmann Anm. zu § 1302; Mentzel, Handausg. der RVO. Bd. 4 S. 164, derselbe mit ausführlicher Begründung in seinem Kommentar — Anm. 3 — zu § 66 des Angest.-Vers.-Ges.; abweichend Düttmann, Anm. 6 zu § 1302; Schlenther in der ArbVers. 1913 S. 676).

Nimmt man aber in Uebereinstimmung mit dem bisher Dargelegten an, daß der Anspruch auf rückständige Rentenbeträge an sich zum Nachlaß des Versicherten gehört, und sich demgemäß nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs vererbt, so ist es selbstverständlich, daß dieses bürgerlichrechtliche Erbrecht nicht schon dadurch aufgehoben wird, daß die Reichsversicherungsordnung ein besonders geartetes, vom Erbrecht verschiedenes Bezugsrecht hier eingeschaltet hat, welches in seinen Voraussetzungen wie in seiner Gestaltung eine gewisse äußere Aehnlichkeit mit dem ebenfalls neben dem Erbrecht bestehenden „Recht des Dreißigsten" (§ 1969 BGB.) besitzt. Vielmehr wird mit Recht gefordert, daß es bei dieser Rechtslage einer ausdrücklichen Vorschrift bedurft hätte, um den höchst ungewöhnlichen Rechtsvorgang klarzustellen, daß ein vom Versicherten bereits erworbenes Rentenrecht in Ermangelung Bezugsberechtigter wieder aus dem Vermögen des Verstorbenen auszuscheiden und an den Versicherungsträger zurückzufallen hat (ebenso Hanow-Lehmann a. a. O. Anm. 6 zu § 1302 und für die insoweit gleichlautenden §§ 66, 67 des Angestelltenversicherungsgesetzes, zu vgl. Mentzel-Schulz-Sitzler, Anm. 7 zu § 66; Bernstein-Kupferberg, Anm. 3 a. a. O.; Potthoff, Anm. 3 a. a. O.; Hagen, Anm. 1 zu § 67 a. a. O.). Ist dieser Ausschluß der bürgerlichrechtlichen Erbfolge nicht dem Wortlaut der §§ 1302, 1303 RVO. und namentlich nicht der bloßen Tatsache der Einführung einer Reihe von Bezugsrechten zu entnehmen, so ergibt er sich keinesfalls aus dem gesetzlichen Zusammenhange. Diese Anordnung etwa schon der Ueberschrift des Abschnitts „Wegfall der Leistungen" zu entnehmen, ist nicht angängig. Denn daß die Rentenleistung als solche spätestens beim Tode des Berechtigten endet, steht außer Zweifel, die Frage ist hier lediglich, welches Rechtsschicksal die einzelnen, bis zum Tode fällig gewordenen Rentenzahlungen haben, und diese Frage ist grundverschieden von der, wann das Rentenrecht selbst sein Ende erreicht. Verfehlt wäre es namentlich auch, etwa mittelbar die Anordnung des grundsätzlichen Ausschlusses des bürgerlichen Erbrechts aus der Vorschrift des § 1303 Abs. 2 folgern zu wollen, wonach beim Tode eines zum Bezug einer Waisenaussteuer Berechtigten das Versicherungsamt nach billigem Ermessen bestimmt, an wen zu zahlen ist. Allerdings wird ja für diesen Einzelfall in der Tat die bürgerliche Erbfolge durch das freie Ermessen des Versicherungsamts ganz ausgeschaltet. Indessen ist das Beispiel dieser Regelung im § 1303 Abs. 2 gerade deshalb nicht für die anderen Fälle beweiskräftig, weil nach dem klaren Wortlaut dieser Vorschrift die Waisenaussteuer stets vom Versiche-

Digitized by Google

rungsträger auszuzahlen ist, also das bereits erworbene Recht auf Waisenaussteuer niemals an den Versicherungsträger zurückfallen kann. Hier wird mithin gerade der seltsame Vorgang des Rückfalls des Anspruchs an den Versicherungsträger vermieden, der in den Fällen der §§ 1302 und 1303 Abs. 1 bei dem Fehlen Bezugsberechtigter eintreten würde, wollte man nicht aushilfsweise die bürgerliche Erbfolge zulassen. Ueberdies steht dem § 1303 Abs. 2 auf der anderen Seite die im § 1303 anscheinend versehentlich nicht mitaufgeführte Waisenrente gegenüber, für die eine Bezugsberechtigung überhaupt nicht festgesetzt ist. Die Waisenrente vererbt sich also nach dem bisher Gesagten durch keinerlei Bezugsrechte, eingeschränkt einzig und allein nach den bürgerlichrechtlichen Vorschriften, ein Umstand, der zweifellos dagegen spricht, in den übrigen Fällen die hilfsweise Anwendung des Bürgerlichen Gesetzbuchs zu verneinen.

Auch die Anwendung der Analogie, und zwar die Vergleichung der §§ 1302, 1303 mit den entsprechenden Vorschriften des zweiten und dritten Buches der Reichsversicherungsordnung führt zu keinem anderen Ergebnis. Auf dem Gebiete der Krankenversicherung wird die Rechtsnachfolge von Todes wegen überhaupt nicht, sondern nur der Bezug des Sterbegeldes im § 203 a. a. O. geregelt. Aus dem Schlußsatz dieser Vorschrift, daß ein Ueberschuß des Sterbegeldes der Kasse verbleibt, wenn die aufgeführten Bezugsberechtigten fehlen, die Ausschließung des Erbrechts folgern zu wollen (Kobler, ArbVers. 1913 S. 294), ist abwegig. Denn der Anspruch auf Sterbegeld ist niemals ein Recht des Verstorbenen gewesen, er entsteht frühestens im Augenblicke des Todes des Versicherten, und zwar unmittelbar für den Berechtigten, nicht auf dem Wege der Rechtsnachfolge von Todes wegen. Durchaus zutreffend wird daher für das Gebiet der Krankenversicherung der Reichsversicherungsordnung als „selbstverständlich" angenommen, daß sich die vermögensrechtlichen Ansprüche der Versicherten wie bisher nach den Vorschriften des bürgerlichen Rechts vererben (zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 1 a zu § 119 RVO.). Für die Unfallversicherung setzt lediglich § 614 RVO. ein den §§ 1302, 1303 im wesentlichen entsprechendes Bezugsrecht fest, ohne im übrigen die Rechtsnachfolge von Todes wegen ausdrücklich zu regeln. Während sich demnach auch aus dieser Vorschrift ebensowenig wie in der Invalidenversicherung die Anordnung entnehmen läßt, daß in Ermangelung Bezugsberechtigter die Erbfolge des Bürgerlichen Gesetzbuchs nicht Platz zu greifen habe, ist der Rechtszustand in der Krankenversicherung nur geeignet, die schweren Bedenken gegen den Ausschluß des bürgerlichen Erbrechts auf den Gebieten der Unfall- und Invalidenversicherung noch zu verstärken.

Ergibt sich hiernach bei Auslegung und Würdigung des Gesetzesinhalts selbst nichts gegen die hier vertretene Ansicht, daß in den Fällen der §§ 1302, 1303 die Erbfolge des Bürgerlichen Gesetzbuchs in dem bereits angegebenen Umfang nicht auszuschließen ist, so kann zur Begründung der gegenteiligen Ansicht allerdings mit einigem Rechte auf die Begründung zur Reichsversicherungsordnung hingewiesen werden. Die Begründung zu § 1290 des Entw., § 1302 des Ges., führt aus (S. 408): „Für den Fall, daß beim Tode des Rentenempfängers die Rente noch nicht abgehoben war, regelt der Entwurf im § 1290 die Bezugsberechtigung in Abweichung von der Erbfolge des bürgerlichen Rechts. Denn es empfiehlt sich nicht, in diesem Falle den Nachweis der Erbeseigenschaft zu verlangen, weil die Kosten dafür oft im Verhältnisse zu der geringen Rente zu groß sein würden. Bezugsberechtigt sollen daher sein in erster Reihe, wie jetzt schon nach § 41 Abs. 4 IVG., der Ehegatte, sodann aber, abweichend davon, die Kinder, der Vater, die Mutter, aber alle nur, wenn ....." usw. Hieraus ergibt sich mit Sicherheit nur der Zweck der Vorschrift, nämlich die beabsichtigte Erleichterung des Nachweises der Erbberechtigung. Dagegen wird mit keinem Worte die Absicht angedeutet, die Erbfolge des bürgerlichen Rechts auszuschließen; denn eine „Regelung in Abweichung von der Erbfolge des bürgerlichen Rechts" hat ja zweifellos stattgefunden; fraglich ist lediglich, ob es sich um eine Abweichung im eigentlichen Sinne oder um eine völlige Ausschaltung handelt. Auch dem Umstand, daß im Gegensatze zu § 41 Abs. 4 IVG. in der Reichsversicherungsordnung nicht ausdrücklich bestimmt worden ist, daß bei dem Fehlen der Bezugsberechtigten die Erbfolge nach bürgerlichem Rechte eintritt, kann nach der bereits gegebenen Entstehungsgeschichte jener Vorschrift des Invalidenversicherungsgesetzes kein ausschlaggebendes Gewicht beigelegt werden. Denn die Bedeutung jener Vorschrift erschöpfte sich darin, den durch die Rechtsprechung bereits klargelegten Eintritt des bürgerlichen Erbrechts anzuerkennen und ihn dadurch der Möglichkeit einer Abänderung durch den erweiterten (Großen) Senat zu entziehen, wie dies bei der Neuordnung des Rechtsstoffs der Arbeiterversicherung auch sonst geschehen ist. Schon aus diesem Grunde kann die Fortlassung jenes Zusatzes nicht die Tragweite haben, daß hierdurch die Anwendung des bürgerlichen Erbrechts ausgeschlossen wird, selbst wenn die Verfasser des Entwurfs der Reichsversicherungsordnung dies angenommen haben sollten. Letzteres wird allerdings nicht unwahrscheinlich, wenn man die Begründung zu § 631 des Entwurfs (§ 614 des Gesetzes) hier berücksichtigt. Dort wird nämlich ausgeführt (zu vgl. a. a. O. S. 306): „Die neue Vorschrift des § 631 ist mit § 1290 in Ueber-

Digitized by Google

einstimmung gebracht. Ist kein nach § 631 Bezugsberechtigter vorhanden, so fällt der Anspruch auf Nachzahlung fort." Hiernach hat es allerdings den Anschein, daß der Verfasser dieses Teiles der Begründung wohl im Hinblick auf § 41 Abs. 4 IVG. die Vorstellung gehabt hat, es bedürfe zur Anwendung des bürgerlichen Erbrechts hier einer ausdrücklichen Anordnung des Gesetzgebers (Schaeffer, Monatsschr. für Arb.- und Angest.-Vers. 1913 Sp. 164 ff.). In der Reichstagskommission ist die Frage der Vererblichkeit nicht erörtert worden, sondern nur der Kreis der Bezugsberechtigten durch Einfügung der Geschwister erweitert worden (zu vgl. Kommissionsber. IV S. 124 und für § 614 III S. 86).

Bei dieser Sachlage steht also nur noch in Frage, ob im vorliegenden Falle gegenüber dem Wortlaut des Gesetzes die Ansicht der schriftlichen Begründung zum Entwurf der Reichsversicherungsordnung ausschlaggebende Bedeutung beanspruchen darf. Dies war zu verneinen. Wissenschaft und Rechtsprechung sind völlig einig darüber, daß nur die in den Worten des Gesetzes selbst enthaltene Erklärung bindende Kraft hat, daß die Erwägungen und Wünsche der gesetzgebenden Faktoren, soweit sie nicht im Gesetze selbst erkennbaren Ausdruck gefunden haben, oder wenn sie gar mit ihm in Widerspruch stehen, den Richter nicht binden. An die Stelle des Gesetzgebers ist das Gesetz selbst getreten (zu vgl. Staudinger a. a. O., 5. und 6. Aufl. Bd. I Einl. VI 2 und die dort Genannten, insbesondere Binding, Handb. des Strafr. 1885, Bd. I S. 454). Diesen Standpunkt teilen durchweg auch andere oberste Gerichtshöfe (zu vgl. u. a. die Entsch. des Reichsger. in Zivils. Bd. 27 S. 72, 411, Bd. 33 S. 151 ff. 161, 162, Bd. 51, S. 274, Bd. 52 S. 342, 378, Bd. 54 S. 382). Namentlich bei einem wirklich „vielköpfigen Gesetzgeber" ist das Festhalten an der Erklärungsform regelmäßig der einzige Anhalt dafür, worüber unter den gesetzgebenden Faktoren Einigung erzielt worden ist (zu vgl. Beschl. des Bayer. Oberst. Landesger. vom 31. Mai 1905, Entsch. in Zivils. neue Folge Bd. 6 S. 54 bis 55).

Mit dieser rechtlichen Bewertung der gesetzgeberischen Vorarbeiten soll keineswegs ihrer Bedeutungslosigkeit das Wort geredet werden; zur Auslegung dunkler und zweideutiger Vorschriften eines Gesetzes sind sie ein wertvolles Hilfsmittel. „Sie sind aber nicht geeignet, als Ersatz dessen zu dienen, was nicht ausgesprochen ist, weil es irrtümlich als selbstverständlich oder als Folge des Ausgesprochenen angesehen wurde" (Entsch. des Reichsger. in Zivils. Bd. 33 S. 162). Gerade auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung und nicht zuletzt für das Invalidenversicherungsrecht der Reichsversicherungsordnung ist allenthalben ihr großer Wert für die Auslegung anerkannt und gegebenenfalls auch dazu verwendet worden, die Tragweite unklarer oder widersprechender Gesetzesvorschriften im Einklang mit dem Rechtsganzen zu bestimmen, wo es also galt, den „Sinn des Gesetzes", was nicht gleichbedeutend ist mit dem „Willen des Gesetzgebers", zu ergründen (zu vgl. insbesondere die zu den §§ 1444, 1445 RVO. ergangenen Revisionsentscheidungen 1599, 1600, 1601, 1659, 1660, 1683, 1711, 1717, 1736, Amtl. Nachr. 1912 S. 676 ff., 1191 ff., 1913 S. 406, 485, 517, 596). Im übrigen betraf in allen jenen Fällen, wo den Vorarbeiten des Gesetzes entscheidende Bedeutung beigelegt wurde, die Entscheidung nur die Umgrenzung eines erst durch die Reichsversicherungsordnung erschlossenen oder zum wenigsten von ihr ausschließlich geregelten Rechtsgebiets, die Durchführung von einzig und allein diesem Gesetze vorbehaltenen Rechtsnormen. Im vorliegenden Falle dagegen handelt es sich um die Kollision zweiter Rechtsgebiete, nämlich des Bürgerlichen Gesetzbuchs und der Reichsversicherungsordnung, und zwar um die Bewertung der durch das spätere Gesetz gegenüber dem früheren geschaffenen Ausnahmevorschrift, die schon nach allgemeinen Rechtsregeln streng auszulegen ist. Hier dem — ohnedies nicht in zweifelsfreier Form erklärten — Willen des Gesetzgebers des jüngeren Gesetzes gegenüber seinem Wortlaut ausschlaggebendes Gewicht beizulegen zu dem Ziele, die nach dem älteren Gesetze wohl erworbenen Rechte verstorbener Versicherter zu beseitigen, erscheint nicht zulässig. Bei der Abgrenzung dieser beiden Gesetze können nur der Wortlaut und die aus ihm zu ziehenden Schlüsse allein maßgebend sein, und namentlich dann ist diese Auslegungsart die einzig zulässige, wenn sich andernfalls ein höchst unbefriedigendes Ergebnis herausstellen würde. Wollte man in den Fällen der §§ 1302 und 1303 (und ebenso des § 614) die Anwendung des bürgerlichen Erbrechts ausschließen, so ergäbe sich, wie bereits erörtert, ein ebenso willkürlicher wie buntscheckiger Rechtszustand: Während die vermögensrechtlichen Leistungen der Krankenversicherung und ebenso die Waisenrente schlechthin nach bürgerlichem Rechte vererblich sind, würden in Ermangelung von Bezugsberechtigten, von der Waisenaussteuer abgesehen, die sonstigen meist bedeutsameren und ebenfalls auf der Beitragsleistung der Versicherten beruhenden Rentenansprüche der Invalidenversicherung und namentlich auch die dem Werte nach oft recht hohen Rentenrückstände der Unfallversicherung an den Versicherungsträger zurückfallen. Insbesondere aber würde es dem Rechtsgefühle widersprechen, wenn die durch freiwillige Zusatzversicherungen (§§ 1472 ff. RVO.) nach Art der privaten Versicherung erhöhte Invalidenrente bezüglich ihrer vom Versicherten selbst nicht abgehobenen Beträge nicht seinen Erben zugute kommen sollte. In dem so gekennzeichneten Rechtszustande würde man einen leitenden Gedanken vermissen. Er würde auch das

Digitized by Google

sonderbare Ergebnis zeitigen, daß die nicht in häuslicher Gemeinschaft lebenden Erben des Versicherten zwar auf Grund der §§ 586 ff., 1258 ff. Hinterbliebenenbezüge erhalten können, daß sie aber das bereits von dem Erblasser erworbene Recht auf die fälligen Rentenbeiträge nicht geltend machen könnten (zu vgl. Schaeffer a. a. O. Sp. 167). Nimmt man hinzu, daß das bürgerliche Erbrecht auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung jahrzehntelang durchgeführt worden ist, ohne daß sich ernste Mißhelligkeiten ergeben haben, so ist auch vom praktischen Standpunkt aus gegen seinen Fortbestand in den hier gekennzeichneten Grenzen nichts einzuwenden. Die vom wirtschaftlichen Standpunkt aus hiergegen erhobenen Einwendungen (zu vgl. Kobler a. a. O.) können schon an sich bei einer reinen Rechtsfrage nicht ausschlaggebend sein; überdies sind sie auch tatsächlich nicht zutreffend. Die Rentenrückstände sind keineswegs immer gering, namentlich nicht in der Unfallversicherung; anderseits muß auch der kleinste Rentenrückstand nach der Reichsversicherungsordnung unter Umständen unter eine große Zahl von Bezugsberechtigten geteilt werden. Auch ist nicht zu übersehen, daß in dem Haushalt Unbemittelter, wie sie hier fast ausschließlich in Betracht kommen, auch geringere Barbeträge eine wesentliche Rolle spielen. Entferntere Erben werden häufig wie bisher den ihnen obliegenden, mit Kosten und Zeitversäumnis verbundenen Nachweis ihrer Erbberechtigung scheuen; dies gilt in noch höherem Maße von dem an letzter Stelle stehenden, bisher wohl in der Arbeiterversicherung so gut wie nie praktisch gewordenen Erbrecht des Fiskus, der zudem stets die Mitwirkung des Nachlaßgerichts in Anspruch nehmen, zumeist auch das Aufgebot der Nachlaßerben veranlassen muß (§§ 1936, 1964, 1965 BGB.). Ueberdies sind die beachtlichen Einwendungen gegen das Erbrecht sogenannter Zufallserben, d. h. ganz entfernter Verwandter, hier keine anderen als wie die gegen das unbegrenzte Intestaterbrecht überhaupt erhobenen.

Hiernach war im vorliegenden Falle bei dem Fehlen von Bezugsberechtigten zu prüfen, ob dem Kläger als Erben seiner Tochter der Anspruch auf Auszahlung des Rentenrestes zusteht. Da die Beklagte und das Oberversicherungsamt dies bisher unterlassen haben, so waren die Vorentscheidungen aus dem eingangs angegebenen Grunde aufzuheben und die noch nicht spruchreife Sache zur weiteren Erörterung auf Grund des § 1715 Abs. 1 Satz 1 RVO. an den Vorstand der Beklagten zurückzuverweisen.

„Vorübergehende" Beschäftigung trotz langer Dauer.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 29. Oktober 1913.

In einer wegen ihrer grundsätzlichen Bedeutung vom Oberversicherungsamt an das Reichsversicherungsamt abgegebenen Beschwerdesache hat das Reichsversicherungsamt eine Lohnarbeit, die bis zu 154 Tagen dauerte, nach den besonderen Umständen des Falles als „vorübergehende Beschäftigung" und daher als versicherungsfrei erachtet aus folgenden Gründen:

Von der Kgl. Spezialkommission in H. sind Vermessungsarbeiten, betreffend die Zusammenlegung von Grundstücken in der Gemarkung Lindenau, veranlaßt worden. Die Kosten dieser Vermessungsarbeiten sind zum größten Teile von den Beteiligten, das heißt den Besitzern der Grundstücke, deren Zusammenlegung in Frage kam, getragen worden. Das ist in der Weise geschehen, daß eine besondere Vereinigung gebildet wurde, die „Separationsgemeinschaft", in deren Kasse die Beteiligten die Beiträge zu entrichten hatten, die der Größe ihres Grundstücks entsprachen. Die Leistung der Arbeit und die Annahme der dazu erforderlichen Arbeitskräfte erfolgte durch einen Beamten der Spezialkommission. Als Hilfskräfte sind neben Lohnarbeitern, deren Versicherungspflicht nicht zweifelhaft ist, auch die Besitzer der Grundstücke oder deren Söhne zu einem Tagelohn von 2 M. beschäftigt worden. Diese Personen haben sonst versicherungspflichtige Beschäftigung nicht ausgeübt; nach ihrer wirtschaftlichen Stellung ist auch nicht anzunehmen, daß sie eine solche in Zukunft verrichten werden.

Die Vorentscheidung hat die Versicherungspflicht dieser Personen bejaht, weil die Dauer der Beschäftigung — es kommt im Höchstfalle eine Beschäftigung von 154 Tagen in Betracht — gegen die Annahme einer vorübergehenden Dienstleistung im Sinne der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 27. Dezember 1899, betreffend die Befreiung vorübergehender Dienstleistungen von der Versicherungspflicht gemäß § 4 Abs. 1 JVG., spreche. Auch habe der gezahlte Entgelt dem üblichen Tagelohn entsprochen, es habe sich also nicht um eine nur nebenher und gegen einen geringfügigen Entgelt ausgeübte Beschäftigung gehandelt.

Wenn dieser letzten Auffassung auch beizutreten ist, so nimmt das Reichsversicherungsamt nach den besonderen Umständen des Falles gleichwohl nur eine vorübergehende Beschäftigung an, die von Personen, die berufsmäßig Lohnarbeit überhaupt nicht verrichten, nur „gelegentlich" ausgeübt worden ist. Denn diese Personen gehören ihrer ganzen wirtschaftlichen und sozialen Stellung nach dem Lohnarbeiterstande nicht an und haben sich nur aus dem besonderen Grunde an den Vermessungsarbeiten beteiligt, weil sie Eigentümer oder Söhne der Eigentümer der vermessenen Grundstücke sind. Da die besondere Art der Arbeit eine Wiederholung ausschließt, und die eigentliche berufliche Tätigkeit dieser Personen völlig anders geartet ist, so rechtfertigt es sich, die Beschäftigung trotz ihrer Dauer nur als eine

Digitized by Google

gelegentliche im Sinne der Ziff. 1a der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 27. Dezember 1899 anzusehen. Hierbei konnte auch nicht außer Betracht bleiben, daß die in Rede stehenden Personen sehr wahrscheinlich durch die Beitragsleistung einen Rentenanspruch nicht erwerben würden. Denn da sie versicherungspflichtige Beschäftigung weder früher verrichtet haben noch künftig aller Voraussicht nach verrichten werden, so würde der Nachweis von 100 Pflichtwochen — die Voraussetzung für die Erhebung des Anspruchs auf Invalidenrente — von ihnen nicht geliefert werden können. Es kann aber nicht die Absicht des Gesetzgebers gewesen sein, jemand zur Entrichtung von Beiträgen zu zwingen, für den die Beitragsleistung so gut wie wertlos ist. Aus dieser Erwägung ist auch die Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 27. Dezember 1899 erlassen.

Da somit eine versicherungspflichtige Beschäftigung überhaupt nicht vorgelegen hat, konnte es dahingestellt bleiben, wer als Arbeitgeber anzusehen war.

Versicherungspflicht beim Sinken des Jahresarbeitsverdienstes unter die Obergrenze infolge des Krieges?

Entschließung des **Vorstandes der Thüringischen Landesversicherungsanstalt** vom 13. Oktober 1914.

Die Invaliden- wie die Krankenversicherungspflicht wird übereinstimmend durch einen Höchstbetrag des regelmäßigen Jahresarbeitsverdienstes begrenzt (vgl. § 165 und 1226 RVO.). Der an beiden Stellen gebrauchte Ausdruck „regelmäßige" Jahresarbeitsverdienst schließt zufällige und vorübergehende Einflüsse auf den Jahresarbeitsverdienst aus. Man wird daher einen Kaufmann, dessen regelmäßiger Jahresgehalt 1900 M. beträgt, der aber in einem Jahre für besondere von ihm geleistete Arbeiten eine einmalige Vergütung von 200 M. erhält, nicht als versicherungsfrei anerkennen. Die Versicherungsfreiheit wird nur eintreten, wenn auf die regelmäßige Wiederkehr einer gleichen Vergütung mit Sicherheit gerechnet werden kann.

Eine durch außergewöhnliche, ihrer Zeitdauer nach voraussichtlich begrenzte und nicht wiederkehrende Umstände herbeigeführte Minderung des Jahresarbeitsverdienstes wird man in gleicher Weise beurteilen müssen. Das gilt namentlich dann, wenn das Jahresgehalt an sich eine Verminderung nicht erfährt, wegen besonderer Umstände aber vorübergehend nur zu einem Teil ausgezahlt wird. Die Annahme der Versicherungspflicht in solchen Fällen würde zu der Unbilligkeit führen, daß der betreffende Gehaltsempfänger oder sein Arbeitgeber gezwungen wird, Beiträge zu leisten, daß aber dem Versicherten Vorteile hieraus nicht entstünden, weil vielfach wegen Ueberschreitung des 40. Lebensjahres auch die Möglichkeit fehlen wird, etwa im Wege der Selbstversicherung 100 Pflichtmarken zu erreichen.

Wir sind deshalb damit einverstanden, daß in den Fällen, wo das regelmäßige Jahresgehalt mehr als 2000 M. beträgt, während der Kriegszeit aber nur ein Teil des Gehalts ausgezahlt wird, Beiträge nicht geleistet werden.

Soweit der Krieg und seine Nachwirkungen das Gehalt des einzelnen dauernd beeinflussen, tritt selbstverständlich Invalidenversicherungspflicht von dem Zeitpunkt ab ein, wo der regelmäßige Jahresarbeitsverdienst unter 2000 M. sinkt.

Anmerkung: Der vorstehende Beschluß und ebenso die vorher abgedruckte Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 29. Oktober 1913 sind uns im Hinblick auf unsere Auskunft in Heft 30 S. 728 Ziff. 13 und zu ihrer Widerlegung zugesandt worden. Wir halten sie aber aufrecht. Die Entscheidung des Reichsversicherungsamts, die wir für durchaus zutreffend halten, steht unserer Auffassung in keiner Weise entgegen. Dort handelte es sich um Personen, die regelmäßig Lohnarbeit überhaupt nicht verrichteten, und die Frage, ob die ausnahmsweise übernommene Lohnarbeit als „vorübergehende" Beschäftigung versicherungsfrei blieb, konnte um so unbedenklicher bejaht werden, als die Dauer der Beschäftigung — die im Höchstfalle 5 Monate betrug — sich doch von vornherein ungefähr übersehen ließ. In dem Falle unserer Auskunft dagegen handelt es sich um Personen, die berufsmäßig als Angestellte gegen Entgelt tätig sind und deren Arbeitsverdienst „infolge der Kriegslage und der ungünstigen Geschäftslage" so herabgesetzt ist, daß er die Grenze der Versicherungspflicht nicht mehr übersteigt. Wann der Krieg beendet sein wird, weiß niemand, und wie die durch den Kriegszustand bedingte ungünstige Geschäftslage sich nachher entwickeln wird, ist gleichfalls nicht annähernd zu ermessen; dies wird nicht nur von dem Erfolge des Krieges überhaupt, sondern von mannigfaltigen besonderen, für die einzelnen Geschäftszweige möglicherweise ganz verschiedenen Verhältnissen abhängen. Deshalb ist es ausgeschlossen, in diesem Fall eine andere Feststellung zu treffen, als die, auf der unsere Auskunft beruht, nämlich: daß der Entgelt „für nicht absehbare Zeit auf einen fest bestimmten Betrag bemessen ist, der auf das Jahr einen die Obergrenze nicht übersteigenden Betrag ergibt". Daraus folgt die Versicherungspflicht nach § 1226 und entsprechend nach § 165 RVO. Daß manche von der Versicherung keinen Vorteil haben werden, kann sein; andere, denen es vielleicht niemals wieder gelingt, ein die Obergrenze übersteigendes Arbeitseinkommen zu erreichen, würden benachteiligt sein, wenn für sie jetzt keine Pflichtbeiträge entrichtet würden, wie es dem Gesetz entspricht. In allen Fällen ist die Anerkennung der Versicherungspflicht und die Beitragsentrichtung auf Grund dieser Pflicht übrigens von Wert wegen der Möglichkeit der Weiterversicherung bei Wiedererlangung des höheren Einkommens (§§ 1244, 1278; hinsichtlich der Krankenversicherung zu vgl. § 313).

Digitized by Google

E. Zur Angestelltenversicherung.

Versicherungspflicht bei Herabsetzung des Gehalts auf nicht über 5000 M. für die Dauer des Krieges.

Bescheid des Direktoriums der **Reichsversicherungsanstalt** vom 21. Oktober 1914 (I 6137/14).

Nach § 1 Abs. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte ist, abweichend von dem Wortlaut der Reichsversicherungsordnung, nicht der regelmäßige Jahresarbeitsverdienst, sondern der Jahresarbeitsverdienst als maßgebend für die Versicherungspflicht erklärt.

Bei festen Gehaltsbezügen ist die Versicherungspflicht eines Angestellten stets nach seinen jeweiligen Bezügen zu beurteilen und eine etwa für die Zukunft in Aussicht stehende Veränderung der Gehaltsbedingungen kann hierbei nicht in Betracht gezogen werden.

Erhält sonach ein nach Art seiner Tätigkeit nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte versicherungspflichtiger Angestellter für die Dauer des Kriegszustandes auf Grund einer Vereinbarung mit seinem Arbeitgeber einen den Betrag von 5000 M. nicht übersteigenden Gehalt, so unterliegt er für diese Zeit dem Versicherungszwange des Versicherungsgesetzes für Angestellte, und zwar ohne Rücksicht auf ein etwaiges Versprechen des Arbeitgebers, ihm nach Beendigung des Krieges den früheren höheren Gehalt wieder zu bezahlen.

Versicherungspflicht eines Sohnes als Geschäftsführer seines Vaters.

Entsch. des **Rentenausschusses Berlin** vom 16. März 1914

Der Antragsteller versieht in dem Geschäft seines Vaters die selbständige leitende Stellung des Geschäftsführers; er verrichtet dabei unbestritten gegen ein Entgelt von 1800 M. alle einschlägigen Arbeiten, indem er von morgens 7 Uhr bis zum Geschäftsschluß ständig selbst mitarbeitet. Eine weitere entgeltliche Tätigkeit übt er nicht aus.

Seine Tätigkeit ist also die eines Angestellten in leitender Stellung und unterliegt zweifellos nach § 1 Abs. 1 Ziffer 1 des Angestelltenversicherungsgesetzes der Versicherungspflicht.

Daß seine Tätigkeit in dem Geschäft seines Vaters als solche an sich versicherungspflichtig sei, wird auch von dem Angestellten und dessen Vater als Arbeitgeber nicht bestritten.

Seinen Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht stützt der Angestellte lediglich darauf, daß § 6 des Angestelltenversicherungsgesetzes auf ihn anzuwenden sei, weil der Beschäftigung bei seinem Vater ein familienrechtliches Gemeinschaftsverhältnis zugrunde liege. In dieser Vorschrift des Angestelltenversicherungsgesetzes ist jedoch nur ausgesprochen, daß die Beschäftigung eines Ehegatten durch den andern keine Versicherungspflicht begründe. Da es sich hier aber nicht um den Ehegatten des Arbeitgebers, sondern um seinen Sohn handelt, so kann der § 6 des genannten Gesetzes auf den vorliegenden Fall überhaupt keine Anwendung finden.

Der Antragsteller meint wohl aber mit seinem Einwande, daß er als Sohn in dem Geschäfte seines Vaters nicht in einem Anstellungsverhältnis stände, und daß deshalb nach § 1 Absatz 3 des Angestelltenversicherungsgesetzes eine Voraussetzung für die Versicherungspflicht nach dem Angestelltenversicherungsgesetz bei ihm nicht gegeben sei. Aber auch dieser Einwand ist nicht durchgreifend. Der Antragsteller ist als erwachsener vollarbeitsfähiger Mann mit Fähigkeiten ausgestattet, die ihm sehr wohl den selbständigen Erwerb eines angemessenen Verdienstes ermöglichen. Er verwendet seine Arbeitskraft, durch deren anderweitige Verwertung er sich seinen Lebensunterhalt verschaffen könnte, in dem väterlichen Geschäftsbetriebe, in demselben Umfange wie eine fremde Person, indem er seine Kräfte für einen Arbeitsposten zur Verfügung stellt, den sein Vater sonst durch einen Fremden besetzen müßte. Er übt also eine Tätigkeit aus, die im Geschäftsleben regelmäßig nur gegen Entgelt geleistet wird. Dementsprechend gewährt ihm sein Vater ein jährliches Einkommen von 1800 M. Dieses stellt sich hier als Gegenleistung für die dem Vater geleistete Arbeit dar, nicht als eine Leistung, die in Erfüllung der väterlichen Unterhaltungspflicht gewährt wird.

Einer derartigen Tätigkeit, die auf Grund eines vertragsmäßigen Lohnarbeitsverhältnisses ausgeübt wird, kann daher die Eigenschaft einer Angestelltentätigkeit und die Wirkung, die Versicherungspflicht zu begründen, nicht lediglich deshalb abgesprochen werden, weil es sich um ein Verwandschaftsverhältnis zwischen Vater und Sohn handelt (vgl. Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts 1905 Nr. 1204, Seite 436, 1911 Nr. 1572, 1573 Seite 519).

Ob zwischen dem Angestellten und dessen Vater eine ausdrückliche Vereinbarung über die Höhe und die Zahlungsweise des zu gewährenden Entgelts getroffen worden ist, und ob dem Angestellten infolgedessen ein Rechtsanspruch darauf zusteht oder nicht, ist für die Entscheidung der Frage nach dem Bestehen der Versicherungspflicht unerheblich.

Da der Antragsteller neben seiner Tätigkeit im Geschäfte des Vaters eine andere nicht ausübt, so war sie auch als sein Hauptberuf anzusehen. Daher unterlag er von Anbeginn dieser Tätigkeit, beziehungsweise vom 1. Januar 1913 ab, als dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Angestelltenversicherungsgesetzes, der Versicherungspflicht.

Digitized by Google

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Erstattung von Beiträgen zur Angestelltenversicherung beim Tode des Versicherten.

Besonders im Interesse der Hinterbliebenen der Kriegsteilnehmer macht die Ausgabestelle der Angestelltenversicherung beim Versicherungsamt der Stadt Breslau in folgendem Schreiben auf die Rechtslage aufmerksam:

Der gegenwärtige Krieg ruft auch unter den etwa zwei Millionen Deutschen, die nach dem Versicherungsgesetze für Angestellte versichert sind, zahlreiche Todesfälle hervor. Handlungsgehilfen, Betriebsbeamte (Verwalter, Inspektoren), Werkmeister, Bureauangestellte, Privatlehrer und sonstige Angestellte mannigfachster Art geben ihr Leben für das Vaterland hin. Frauen und Kinder verlieren so ihre Ernährer. Hinterbliebenenfürsorge nach dem Versicherungsgesetze für Angestellte findet, wenn nicht ganz ausnahmsweise die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte die Wartezeit zum Bezuge der Leistungen gegen Einzahlung der Prämienreserve genügend abgekürzt hat, nicht statt, weil das Gesetz, das erst am 1. Januar 1913 in Kraft getreten ist, Hinterbliebenenrenten grundsätzlich nur bei Erfüllung einer Wartezeit von 60 Beitragsmonaten, also bloß bei Todesfällen, die frühestens am 1. Januar 1918 eintreten, gewährt. Indessen enthält das Gesetz eine leider noch wenig bekannte, schon jetzt bedeutsame Vorschrift zugunsten der Witwen und Waisen der Versicherten. § 398 bestimmt nämlich, daß beim Tode des Versicherten der hinterlassenen Witwe, oder, falls eine solche nicht vorhanden ist, den hinterlassenen Kindern unter achtzehn Jahren ein Anspruch auf Erstattung der Hälfte der für den Verstorbenen eingezahlten Beiträge zusteht. Bei der freiwilligen Versicherung werden sogar drei Viertel der von dem freiwillig Versicherten eingezahlten Beiträge zurückerstattet. Andere Personen als Witwen oder Kinder, insbesondere Eltern und Geschwister haben keinen Anspruch auf Erstattung. Da die Angestelltenversicherungsbeiträge hoch sind, belaufen sich die Forderungen, die Witwen oder Waisen geltend machen können, auf nicht unerhebliche Beträge.

Die Witwe hat folgende drei Urkunden beizubringen: 1. Die standesamtliche Sterbeurkunde des Versicherten, 2. die standesamtliche Heiratsurkunde (nicht Trauschein), und 3. die Versicherungskarte der Angestelltenversicherung. Die Sterbeurkunde erhält sie, wenn der Versicherte während des Feldzuges gestorben ist, beim Standesamte des Bezirks, in dem der Versicherte seinen letzten Wohnsitz gehabt hat.

Sind Kinder, weil eine Witwe nicht vorhanden ist, empfangsberechtigt, so haben sie folgende Urkunden beizubringen:

1. die standesamtlichen Sterbeurkunden der Eltern (bei Scheidung der Eltern nur Sterbeurkunde des Vaters), 2. die standesamtliche Heiratsurkunde (nicht Trauschein) der Eltern, 3. die standesamtlichen Geburtsurkunden der empfangsberechtigten Kinder und 4. die Versicherungskarte der Angestelltenversicherung. Hinterlassene Kinder im Alter von 16 bis 18 Jahren können (aber müssen nicht!) den Antrag selbständig ohne Vormund stellen. Sie haben dann eine polizeiliche Bescheinigung, daß weitere Kinder unter 18 Jahren nicht vorhanden sind, beizufügen. Für Kinder unter 16 Jahren ist der Antrag vom Vormunde zu stellen, der seine Bestallung vorzulegen hat.

Sämtliche vorgenannten Urkunden werden von den Behörden gebühren- und stempelfrei ausgestellt. Daß sie zum Zwecke der Angestelltenversicherung gebraucht werden sollen, ist der ausstellenden Behörde anzugeben.

Der Antrag auf Erstattung der Beiträge, dem die Urkunden als Anlagen beizufügen sind, ist beim Rentenausschuß Berlin der Angestelltenversicherung in Berlin-Wilmersdorf, Nikolsburger Platz 2, zu stellen. Der Anspruch verfällt, wenn er nicht innerhalb eines Jahres nach dem Tode des Versicherten geltend gemacht wird.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und recht deutlich zu schreiben.

Kassenzugehörigkeit eines Flickschneiders.

1. Nach Mügeln. Antwort: Ein Schneider, der in der Behausung seiner Kunden gegen 1,50 Mark Tagelohn und freie Kost Flickarbeiten besorgt, wird vom Reichsversicherungsamt der Regel nach als selbständiger Gewerbetreibender, also als nicht versicherungspflichtig angesehen (Anleitung vom 26. April 1912 Ziff. 58). Wäre er nach den besonderen Umständen nicht für selbständig zu erachten, so würde er insoweit als unständig Beschäftigter anzusehen sein und zur Ortskrankenkasse gehören. Insoweit er außerdem in seiner Behausung auf Bestellung Reparaturen ausführt, muß er jedenfalls als selbständiger Gewerbetreibender gelten, nicht aber als Hausgewerbtreibender, da er nicht im Auftrage und für Rechnung anderer Gewerbtreibender gewerbliche Erzeugnisse herstellt oder bearbeitet (§ 162 RVO.). Die Zugehörigkeit des Mannes zu Ihrer Landkrankenkasse ist daher nicht verständlich. Sollte aber auch aus irgendwelchen Gründen, die wir nach Ihrer Darstellung nicht zu übersehen vermögen, die Zugehörigkeit zu Ihrer Kasse zu Recht bestanden haben, so würde der Versicherte doch durch seine Uebersiedelung nach Me. Mitglied der dortigen Kasse geworden sein und er kann für eine Krankheit, in die er nach seiner Uebersiedelung verfallen ist, von Ihrer Kasse keine Entschädigung beanspruchen.

Digitized by Google

Zu § 214 RVO. in Anwendung auf Kriegsteilnehmer.

2. Nach Liegnitz. Antwort: a) Für ein Kassenmitglied, welches infolge Einstellung zum Heere entlassen und abgemeldet ist, die Fortsetzung der Mitgliedschaft aber nicht beantragt hat, ist, wenn es innerhalb 3 Wochen nach dem Ausscheiden im Auslande verstirbt, gemäß § 214 Abs. 3 RVO. Sterbegeld nicht zu zahlen. Das von deutschen Truppen besetzte Feindesland kann dem Inlande nicht gleich erachtet werden (vgl. ArbVers. 1914 S. 702 Ziff. 5).

b) Wenn ein derartiges Mitglied innerhalb drei Wochen im Auslande erkrankt und daselbst verpflegt wird, aber nach Ablauf der 3 Wochen in das Inland als noch krank zurückgebracht wird, so besteht keinerlei Anspruch gegen die Kasse auf Krankengeld. Ein solcher Anspruch wäre nicht einmal gegeben, wenn die Rückkehr in das Inland noch innerhalb der 3 Wochen erfolgte (zu vgl. Hahn, Handb. S. 295 Anm. 9b zu § 214 RVO.).

c) Die Frist von 3 Wochen aus § 313 Abs. 2 RVO. für die freiwillige Weiterversicherung kann von den Krankenkassen nicht verlängert werden.

Für Ansprüche aus Unfällen aus der Zeit vor dem 1. Januar 1913 ist § 27 LUVG. maßgebend; Art. 60 Einf.Ges. zur RVO. ist nicht anwendbar.

3. Nach Detmold. Frage: Eine Dienstmagd hat am 19. Dezember 1912 in einem landwirtschaftlichen Betriebe einen Unfall erlitten. Sie gehörte keiner Krankenkasse an, da damals für das Gesinde die Krankenversicherungspflicht noch nicht bestand. Die Dienstmagd ist von dem Arbeitgeber am Tage des Unfalles sofort in das Krankenhaus geschafft und dort bis zum 21. Februar 1913 geblieben. Die Kosten hat zunächst der Arbeitgeber bezahlt. Im Dezember 1913 verlangte dieser Erstattung der Kosten von der Gemeinde. Obwohl dem Arbeitgeber ein Erstattungsanspruch an die Gemeinde nicht zusteht (sondern nur der Dienstmagd), will die Gemeinde ihm doch die Kosten erstatten, die sie gesetzlich für die Dienstmagd zu tragen gehabt hätte. Für die ersten sechs Wochen hat m. E. der Arbeitgeber nach § 617 BGB. die vollen Kosten zu tragen, allerdings nur dann, wenn auf den vorliegenden Unfall die Vorschriften des § 27 des Unfallversicherungsgesetzes für Land- und Forstwirtschaft vom 30. Juni 1900 auch über den 1. Januar 1913 — den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Unfallversicherung nach der RVO. — hinaus anzuwenden sind, da nach bisherigem Rechte § 27 keine Vorsorge durch eine „Versicherung" oder „Einrichtung" der öffentlichen Krankenpflege im Sinne des § 617 BGB. begründete. Sind dagegen auf den vorliegenden Unfall die am 1. Januar 1913 in Kraft getretenen Vorschriften der §§ 942, 943 RVO. von diesem Zeitpunkte an anzuwenden, dann genügt die durch § 617 BGB. gewährleistete Fürsorge den Anforderungen des § 942 RVO. nicht mehr und für den Arbeitgeber besteht dann keine Zahlungspflicht. Ich bin im Zweifel darüber, ob auf den vorliegenden Unfall vom 1. Januar 1913 an die für die Versicherten günstigeren Vorschriften der Reichsversicherungsordnung anzuwenden sind und, falls diese Frage zu bejahen ist, wie verfahren werden muß in Beziehung auf die in § 942 genannten §§ 182, 184, 186, da diese erst am 1. Januar 1914 in Kraft getreten sind. Ich bitte um gefällige Auskunft, welche Kosten in diesem Falle die Gemeinde erstatten muß.

Antwort: Grundsätzlich sind für die Ansprüche aus einem vor dem Inkrafttreten des 3. Buches der Reichsversicherungsordnung eingetretenen Unfall die Vorschriften des älteren Gesetzes maßgebend. Das ergibt sich als Grundsatz gerade aus der im Art. 60 Einf.Ges. zur RVO. vorgesehenen Ausnahme. Diese Vorschrift besagt aber keineswegs, daß alle Ansprüche aus älteren Unfällen schlechthin oder wenigstens für die Zeit vom Inkrafttreten des 3. Buches ab nach den dem Versicherten günstigeren Vorschriften der Reichsversicherungsordnung zu beurteilen sind; sondern die Vorschrift geht nur dahin, daß „auf die erste Feststellung von Ansprüchen" aus solchen Unfällen die dem Versicherten günstigeren Vorschriften des neuen Rechts anzuwenden sind — entsprechend wie dies schon das Abänderungsgesetz vom 30. Juni 1900 (RGBl. S. 573) im § 27 bestimmt hatte. Es muß sich also vor allem um eine „Feststellung" von Entschädigungsansprüchen durch das berufene Genossenschaftsorgan handeln. Auf Maßnahmen, die außerhalb einer solchen Feststellung zu treffen sind, bezieht sich daher Art. 60 Einf.Ges. nicht (zu vgl. Handb. der UnfVers. Bd. 2 S. 45 Anm. 2B zu § 27 des erwähnten Gesetzes), mithin auch nicht auf die Fürsorge für den Verletzten, die im vorliegenden Falle dem Arbeitgeber oder der Gemeinde während der ersten 13 Wochen oblag. Aus diesen Gründen bemißt sich die Leistungspflicht der Gemeinde lediglich nach dem früheren Recht, also nach § 27 LUVG.

Vereinbarungen zwischen Kassen über Erstattung der Kosten wechselseitiger Aushülfe nach § 222 RVO.

4. Nach Königstein a. d. E. Antwort: Daß und unter welchen Voraussetzungen wir solche Abmachungen für zulässig halten, haben wir bereits in Heft 13 S. 320 ff. Ziff. 16 ausgeführt. Selbstverständlich bindet ein Abkommen nur die Kassen, die ihm beigetreten sind. Wenn ein Kassenverband in seine Satzung die Bestimmung aufgenommen hat, daß die zuständige Kasse der beauftragten Kasse „die tatsächlich gehabten Aufwendungen an Krankengeld, Arzthonorar, Krankenhauskosten, Arzneien und Heilmitteln" erstattet, so schließt der Beitritt einer Kasse zum Verbande auch den Beitritt zu dem in jener Satzungsbestimmung enthaltenen Abkommen ein; nur kann sich natürlich keine Verbandskasse gegenüber einer außerhalb des Verbandes stehenden Kasse auf die Verbandssatzung berufen.

Beitragswoche in der Krankenversicherung (§ 397 Abs. 4 RVO.).

5. Nach Freienwalde a. d. O. Antwort: Wenn die Satzung nur bestimmt, daß die Beiträge stets für volle Wochen erhoben und zurückgezahlt werden (§ 397 Abs. 4 RVO.), so nehmen wir an, daß die Beitragswoche mit Montag beginnt, wie dies für die Invalidenversicherung ausdrücklich vorgesehen ist (§ 1387 Abs. 3). Denn es entspricht der Natur der Arbeiterversicherung am besten, die Beitragswoche mit der Arbeitswoche gleichzusetzen, die mit Montag anfängt und mit Sonntag, als dem Ruhetage, aufhört. Dies wurde auch im Gebiete der Invalidenversicherung schon angenommen, ehe das Gesetz eine ausdrückliche Vorschrift hierüber enthielt (vgl. Entsch. des RVA. 499 Amtl. Nachr. 1896 S. 256).

Digitized by Google

a) Unfallzuschuß. b) Beschäftigung in verschiedenen Kassenbezirken.

6. Nach Britz. Antwort: a) Der Unfallzuschuß aus § 573 RVO. ist von Ihrer Kasse auch dann zu leisten, wenn der Unfall sich an einer früheren, nicht zu dem Bezirk Ihrer Kasse gehörenden Beschäftigungsstelle ereignete, wenn nur die Erkrankung während der Zugehörigkeit des Versicherten zu Ihrer Kasse eintrat. Es ist grundsätzlich gleichgültig, daß die Erkrankung auf eine vor Beginn der Mitgliedschaft liegende Ursache zurückzuführen ist. Die Ersatzpflicht der Genossenschaft oder des Unternehmers regelt sich nach § 576 RVO. Selbstverständlich kommt nur der Unternehmer des Betriebes in Betracht, in dem der Unfall sich ereignet hat, nicht also der gegenwärtige Arbeitgeber.

b) Der Grundsatz des § 309 RVO., daß bei gleichzeitiger Beschäftigung in verschiedenen versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen die überwiegende Beschäftigung für die Kassenzugehörigkeit entscheidend ist, muß auch dann gelten, wenn es sich um Beschäftigungen in verschiedenen Kassenbezirken handelt. Für den zu zahlenden Beitrag und das Krankengeld ist aber auch in diesem Falle der Gesamtverdienst maßgebend.

Verhältnis der Kasse und der Berufsgenossenschaft bei Leistungen vor und nach der 13. Woche.

7. Nach Moers. Antwort: a) Indem die Berufsgenossenschaft nach Ablauf der 13. Woche das Heilverfahren übernahm, leistete sie kraft eigener Fürsorgepflicht (§ 930 mit § 558 RVO.) und kann von der Krankenkasse Ersatz nicht beanspruchen. Der § 1513 Abs. 2 RVO. bezieht sich nach dem Zusammenhange mit Abs. 1 Satz 2 nur auf den Fall, daß die Genossenschaft im Wege der Uebernahme des Heilverfahrens bis zum Ablauf der 13 Woche Leistungen gewährt, die der Kasse obliegen.

b) Hätte der Versicherte nach Ablauf der 13. Woche die Leistungen der Kasse beansprucht, so hätte diese sie ihm nach der Satzung gewähren müssen, gleichviel ob bereits Unfallanzeige erstattet war oder nicht. Dies folgt aus § 1501 Abs. 1. Aus Abs. 2 aber in Verbindung mit §§ 1503, 1506, 1507 ergibt sich, daß und in welcher Höhe in diesem Falle die Kasse von der Genossenschaft Ersatz fordern konnte.

Keine Anmeldepflicht gegenüber der Krankenkasse beim Tode des Arbeitgebers.

8. Nach Schleiz. Antwort: Nur der Arbeitgeber selbst ist nach § 317 RVO. zur Meldung bei Beginn und Ende der Beschäftigung verpflichtet. Verstirbt er und endet damit die versicherungspflichtige Beschäftigung seiner Arbeitnehmer, so geht die Meldepflicht nicht etwa auf letztere über. Insbesondere kann auch dem Sohn, der von seinem Vater versicherungspflichtig beschäftigt wurde, die Pflicht zur Abmeldung nicht deshalb obliegen, weil er nach dessen Tode das Geschäft übernahm. Nur das könnte noch in Frage kommen, ob etwa die Erben des Arbeitgebers als solche zur Abmeldung verpflichtet sind, das ist aber schon deshalb zu verneinen, weil die Erben nur in Verbindlichkeiten eintreten, die dem Erblasser oblagen, und dieser hatte doch im vorliegenden Falle keine eigene Abmeldepflicht! Deshalb nehmen wir auch an, daß die Beitragspflicht mit dem Tode des Arbeitgebers endete. Denn die fortgesetzte Beitragspflicht nach § 397 Abs. 1 setzt die Abmeldepflicht voraus, und hieran fehlt es.

Kassenzugehörigkeit der Dienstboten eines Arztes.

9. Nach Aachen. Antwort: § 439 RVO. spricht zwar von dem „Betrieb oder anderen Erwerbsgeschäft" des Dienstberechtigten, und als ein Erwerbsgeschäft kann man die Ausübung der Praxis durch einen Arzt nicht bezeichnen. Der Wortlaut der Bestimmung: „oder anderen Erwerbsgeschäft" läßt aber erkennen, daß sie sich auf jede auf Erwerb gerichtete Tätigkeit beziehen soll, und daher muß sie auch auf die sogenannten freien Berufe des Arztes, Anwalts, Schriftstellers usw. Anwendung finden. Wird also der Dienstbote eines Arztes auch in dem Beruf desselben bezw. für denselben, also mit Heizen und Reinigen der Sprech- und Wartezimmer usw. beschäftigt, so ist diese Beschäftigung für die Versicherung maßgebend. Sie bleibt nur außer Betracht, wenn der auf sie entfallende Teil des Gesamtlohnes so gering ist, daß er für sich allein Versicherungspflicht nicht bedingen würde (zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. S. 180 Anm. 24 a zu § 165 RVO.).

Kein Aufschub infolge Berufung bei Verurteilung zu Kassenleistungen.

10. Nach Rheinbach. Antwort: § 130 RVO. bestimmt ganz allgemein, daß die Rechtsmittel nur da Aufschub bewirken, wo das Gesetz es vorschreibt. Für die Berufung ist nach § 1682 RVO. Aufschub ausnahmsweise nur gegeben, wenn es sich um Wiederaufnahme des Heilverfahrens oder Kapitalabfindung handelt. Sie müssen also den Betrag, zu welchem Sie verurteilt sind, wenn es verlangt wird, trotz Einlegung der Berufung sofort zahlen.

Krankenhauspflege in einer höheren Klasse.

11. Nach K. Antwort: Wenn die 3. Klasse des Krankenhauses überfüllt ist, so daß der Versicherte in der 2. Klasse untergebracht werden muß, so können die dadurch entstehenden Mehrkosten nicht diesem auferlegt werden, sie sind vielmehr, soweit eine Verpflichtung zur Gewährung von Krankenhauspflege besteht oder diese aus anderen Gründen bewilligt wird, von der Kasse zu tragen. Nach allgemeinem Grundsatz ist allerdings nur die notwendige ärztliche Behandlung zu gewähren und nur die notwendigen Aufwendungen sind daher von der Kasse zu tragen (Hahn, Handb. S. 213 Anm. 4c zu § 182 RVO.); unter den vorliegenden Umständen müssen aber die Kosten der 2. Klasse als notwendig angesehen werden.

Aushilfepflicht der Kasse des Erkrankungsortes.

12. Nach Telgte i. W. Antwort: Da das Mitglied Ihrer Kasse, als es auf einer Geschäftsreise in R. am Blinddarm erkrankte, von der dortigen Krankenkasse sich für das Krankenhaus einen Aufnahmeschein hat geben lassen, sich auch bei der Aufnahme in das Krankenhaus als Mitglied Ihrer Kasse ausgewiesen hat, so liegt der Fall des § 220 RVO. vor. Die durch den Aufenthalt im Krankenhaus und die Operation daselbst entstandenen Kosten hat daher Ihre Kasse der Kasse in R. nach § 222 zu erstatten, während dem Krankenhaus und dem Arzt nur ein Anspruch gegen letzteres zusteht. In welcher Höhe ein derartiger Anspruch und demgemäß Ihre Verpflichtung zur Erstattung besteht, richtet sich allein

Digitized by Google

nach den zwischen der Kasse in N. und dem Krankenhaus daselbst bestehenden Abmachungen. Allerdings könnte von Bedeutung sein, daß das Mitglied, um schneller seine Heilung herbeizuführen, sich unter persönlicher Zahlung der Differenz in der ersten Klasse hat verpflegen lassen. Insoweit sich dadurch auch die Kosten der Kur und der Operation erhöhen, muß auch hier der Versicherte die Differenz selbst tragen.

Krankengeld bei Neuerkrankung infolge eines Unfalls aus der Zeit vor 1914.

13. Nach Münster. Frage: Ein Mitglied der hiesigen Betriebskrankenkasse hat im Jahre 1913 einen Betriebsunfall erlitten. Die neue Satzung, wonach bei Betriebsunfällen schon vom ersten Tage ab das Krankengeld zu zahlen ist, ist erst am 1. Januar 1914 in Kraft getreten. Hat die Versicherte Anspruch auf Krankengeld für jeden Tag, an dem sie sich jetzt vom Dienst fernhält? Sie gibt jetzt bei weiteren Erkrankungen an, das Unwohlsein sei eine Folge des im Jahre 1913 erlittenen Betriebsunfalles. Der Arzt bescheinigt dies.

Antwort: Die neue Satzung ist auf jeden neuen Versicherungsfall anzuwenden, der unter ihrer Herrschaft eintritt, also bei jeder neuen Erkrankung im Sinne der Krankenversicherung. Ein solcher neuer Versicherungsfall liegt immer dann vor, wenn eine Zeitlang weder Heilbedürftigkeit noch Arbeitsunfähigkeit bestanden hatte und dann wieder eine dieser Voraussetzungen für die Leistungspflicht der Kasse eintritt. Alsdann hat in jedem solchen Falle die Versicherte Anspruch auf Krankengeld vom ersten Tag ihrer Arbeitsunfähigkeit ab, wenn es richtig ist, daß die Erkrankung eine Folge des Betriebsunfalls ist. Daß dieser Unfall, als bloße, im übrigen rechtlich belanglose Ursache der Krankheit, sich vor der Geltung der neuen Satzung ereignet hat, kommt für die hier zur Beurteilung stehende Frage nicht in Betracht.

Krankenversicherungspflicht von Scheuer- und Waschfrauen.

14. Nach Stolberg. Antwort: Frauen, die im Hause verschiedener Arbeitgeber waschen und scheuern, und bei denen die Beschäftigung dann doch auf weniger als eine Woche beschränkt zu sein pflegt, zählen zu den unständig Beschäftigten, und sind bei der allgemeinen Ortskrankenkasse ihres Wohnorts versichert (§§ 441, 442 RVO.). Daß die Beschäftigung bei einem (oder bei mehreren) dieser Arbeitgeber sich wiederholt, insbesondere viermal im Jahre wiederkehrt, macht sie noch nicht zu einer ständigen, wenn eine die Pausen überdauernde Bindung nicht besteht; und eine solche Bindung ist nach den Umständen des Falles nicht anzunehmen, da es sich offenbar um Personen handelt, die, je nach der sich bietenden Arbeitsgelegenheit, bald hier bald dort Arbeit suchen und annehmen. Sind die Frauen gleichzeitig hausgewerblich beschäftigt, so würde an sich für die Kassenzugehörigkeit § 309 RVO. zur Anwendung kommen, d. h. es würde die überwiegende Beschäftigung entscheidend sein; durch § 3 des Gesetzes vom 4. August 1914 sind ja aber für die Dauer des gegenwärtigen Krieges die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die hausgewerbliche Krankenversicherung außer Kraft gesetzt.

Voraussetzung des beschränkten Anspruchs der chronisch Kranken nach § 188 RVO.

15. Nach Hamburg. Antwort: a) Abweichend von Hahn, Handbuch der Kranken-Versicherung S. 246 Anm. 4 zu § 188 RVO., legen wir den § 188 dahin aus, daß die 12 Monate, innerhalb deren der Versicherte bereits für 26 Wochen Krankengeld bezogen hat, von dem Ende des letzten Krankengeldbezuges zurückzurechnen sind. (Ebenso Keidel in Monatsschr. f. Arb.- u. Angest.-Vers. 2 Sp. 453) Dies ist nach der Fassung wahrscheinlicher als die Ansicht, daß die Frist von dem neuen Versicherungsfalle zurückzurechnen sei. Ist also Krankengeld bis zum 31. Dezember 1914 gewährt worden, so ist bei einer neuen Erkrankung aus derselben Krankheitsursache zunächst festzustellen, ob diese Erkrankung in die Zeit bis Ende 1915 fällt und ferner, ob der Versicherte in der Zeit vom 31. Dezember 1913 bis 31. Dezember 1914 für 26 Wochen Krankengeld (oder Ersatz dafür) bezogen hat. Nur wenn diese beiden Voraussetzungen zutreffen, darf die Krankenhilfe im neuen Versicherungsfalle auf die Regelleistungen für 13 Wochen beschränkt werden.

b) Wenn die Kasse satzungsmäßig Krankengeld für 52 Wochen gewährt, so ist das ohne Einfluß auf die Tragweite einer dem § 188 RVO. entsprechenden Satzungsbestimmung. Das heißt: auch in diesem Falle genügt es zur Anwendung des § 188, daß der Versicherte in 12 Monaten für 26 Wochen Krankengeld bezogen hat; es ist nicht erforderlich, daß er es bereits für die volle satzungsmäßige Dauer von 52 Wochen bezogen habe.

Zur Krankenversicherung der Halbinvaliden; Beweispflicht.

16. Nach Ruppin. Antwort: Der Umstand, daß das Mitglied vor 7 Jahren wegen einer Armverletzung vom Militär entlassen ist, und eine monatliche Rente von 27 M. bezieht, ist, auch wenn nach dem ärztlichen Gutachten die jetzige Erkrankung des Mitgliedes und die Notwendigkeit einer Operation auf den damaligen Unfall zurückzuführen ist, und wenn auch inzwischen, wo das Mitglied selbständig arbeitete, mehrfach ärztliche Inanspruchnahme erforderlich war, kein Hindernis für die Mitgliedschaft. § 175 RVO. gibt nur derartigen Halbinvaliden das Recht, ihre Befreiung von der Versicherung zu beantragen, und erkennt eben damit doch an, daß sie in der Regel versicherungspflichtig sind. Eine Ersatzpflicht des Militärfiskus besteht in keiner Weise. Von einem bloßen erfolglosen Arbeitsversuch kann nach den Umständen nicht die Rede sein. Ebenso nicht von einer eigentlichen Beweispflicht des Versicherten, da das Verfahren auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung durchweg von dem Grundsatze beherrscht wird, daß von Amtswegen der Sachverhalt klarzustellen und der erforderliche Beweis zu erheben ist (Rev. Entsch. des RVA. 1548, 1765 Amtl. Nachr. 1911 S. 420 und 913 S. 740).

Für die Redaktion verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 64.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Dippe; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe; Geh. Regierungsrat Professor Dr. Laß, Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Rat Dr. Olshausen; Geheimrat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1085 der ganzen Folge

31. Jahrgang | 11. Dezember 1914 | Heft 35

Die Nebenstrafe des § 1488 der Reichsversicherungsordnung.

Bemerkungen zu der grundsätzlichen Entscheidung Nr. 1813 des Reichsversicherungsamts.

Von Landesrat Illing in Lübeck.

Die RVO. hat die Strafbefugnis, die den Vorständen der Landesversicherungsanstalten schon immer bei unterlassener oder nicht rechtzeitiger Verwendung (Abführung) der Beiträge zustand, dahin erweitert, daß „unabhängig von der Strafe und der Nachholung der Rückstände dem Bestraften die Zahlung des Ein- bis Zweifachen dieser Rückstände auferlegt werden kann." Die Einfügung der Nebenstrafe wird in den Motiven zur RVO. folgendermaßen begründet: „Der Vollzug des IVG. leidet trotz der bestehenden Ueberwachung häufig noch unter der Lässigkeit der Arbeitgeber in der Beitragsentrichtung. Namentlich bleiben Beiträge aus bei unständigen Arbeitern. Es erscheint daher geboten, die Strafvorschriften zu verschärfen und nach dem Vorbilde der Steuerstrafen dafür zu sorgen, daß die Versicherungsanstalten für die entgangenen Beiträge und Zinsen tunlichst entschädigt werden." Die Nebenstrafe soll den Versicherungsanstalten also einen Ersatz für die infolge Verjährung (§ 29 RVO.) nicht mehr einziehbaren Beiträge und die Zinsen der entgangenen bezw. zu spät eingelieferten Beiträge bieten.

Die Praxis der Anstaltsvorstände hat sich in Anwendung der neuen Bestimmung verschieden entwickelt. Die einen haben bei Bemessung der Nebenstrafe den Betrag der gesamten rückständigen Beiträge einschließlich der verjährten, die Mehrzahl nur den Betrag der noch einziehbaren, also noch nicht verjährten Beiträge zu Grunde gelegt.

Nunmehr hat auch das Reichsversicherungsamt in der grundsätzlichen Entscheidung Nr. 1813 dazu Stellung genommen und zwar im Sinne der ersteren Auffassung. Zur Begründung seiner Ansicht geht das Reichsversicherungsamt auf den Wortlaut des früheren Entwurfs zur RVO. vom 2. April 1909 zurück, in dem das Maß der Nebenstrafe — abweichend von dem letzten, zusammen mit der Begründung veröffentlichten Entwurf und dem Gesetz — auf den ein- bis zweifachen Betrag der nicht entrichteten Beiträge festgesetzt wird. Die spätere Fassung, so wird weiter ausgeführt, habe den Sinn des ursprünglichen Wortlauts nicht ändern wollen, sondern nur redaktionelle Bedeutung. Aber auch — sprachlich betrachtet — lasse sich die Meinung vertreten, daß mit den Worten „der Rückstände" die Gesamtheit der nicht entrichteten Beiträge bezeichnet werden soll. In diesem Falle könnten die Worte „dieser Rückstände" ebenfalls nur die Gesamtheit der nicht entrichteten Beiträge bedeuten. Für die letztere Auslegung sprächen endlich auch die praktischen Unzuträglichkeiten, welche die andere Auffassung zur Folge habe, indem die vom Gesetzgeber beabsichtigte Schadloshaltung der Versicherungsanstalt z. B. dann nicht erreicht würde, wenn der Versicherte die Beschäftigung bei dem Arbeitgeber schon vor längerer Zeit

Digitized by Google

aufgegeben habe und deshalb rückständige Beiträge entweder gar nicht mehr oder nur in geringer Zahl beigetrieben werden könnten.

Diese Ausführungen des Reichsversicherungsamts dürften nicht bedenkenfrei sein.

Zunächst ist der Wortlaut des § 1488 RVO. doch an sich klar und unzweideutig. In dem Worte „dieser" Rückstände kann nur ein Hinweis auf die im Anfang des Satzes erwähnten nachzuholenden Rückstände gesehen werden. Das Maß dieser Rückstände, nicht der Betrag der ganzen rückständig gebliebenen Beiträge soll also der Nebenstrafe des § 1488 zu Grunde gelegt werden. Anders läge die Sache, wenn der Text des ersten Gesetzentwurfes, der ebenso unzweideutig von dem ein- bis zweifachen Betrage „der nicht entrichteten Beiträge" spricht, Gesetz geworden wäre. Bedenklich ist es aber, auf diese nicht Gesetz gewordene Bestimmung gegenüber einer an sich klaren Norm der RVO. zu deren Auslegung zurückzugreifen. Denn zur Auslegung einer Gesetzesbestimmung an der Hand ihrer Entstehungsgeschichte und Motive ist doch, wie das Reichsversicherungsamt selbst noch unlängst in der grundsätzlichen Entscheidung Nr. 1895 überzeugend ausgeführt hat, nur dann Raum, wenn der Sinn der Bestimmung in ihrem Wortlaut nicht unzweideutigen Ausdruck gefunden hat. Dies ist aber, nach Ansicht des Verfassers wenigstens, hier nicht der Fall.

Im Uebrigen dürfte aber auch der Wille des Gesetzgebers, wie er sich aus der Begründung ergibt, durch die Auslegung des Reichversicherungsamts kaum richtig wiedergegeben worden sein. Es sollte durch die neue Nebenstrafe dafür gesorgt werden, daß die Versicherungsanstalten für die entgangenen Beiträge und Zinsen tunlichst entschädigt werden. Durch die Auslegung des Reichsversicherungsamts wird aber erheblich mehr erreicht.

Nunmehr bringt nämlich die Nebenstrafe schon in ihrer Mindesthöhe der Versicherungsanstalt durchgängig nicht nur alle in Folge von Verjährung entgangenen Beiträge, sondern auch darüber hinaus noch einmal den ganzen Betrag der noch einziehbar gewesenen, ihr also nicht entgangenen Beiträge ein. Und wie nun erst, wenn die Nebenstrafe auf das Anderthalbfache oder gar Doppelte der sämtlichen Rückstände festgesetzt wird! Dann geht die Entschädigung der Versicherungsanstalt weit über das Ziel hinaus ins Maßlose. Das kann aber vom Gesetzgeber unmöglich beabsichtigt sein. Gerade der Umstand, daß zur Erreichung des Strafzwecks die Nebenstrafe bis zum doppelten „dieser Rückstände" zugelassen ist, nötigt daher zu der Annahme, daß mit „diesen Rückständen" nicht die gesamten Rückstände gemeint sein können.

Demgegenüber würde die andere, dem Wortlaut der Bestimmung entsprechende Auffassung allerdings zur Folge haben, daß die Versicherungsanstalt in einem erst nach langen Jahren aufgedeckten Beitragshinterziehungsfall auch durch die Verhängung des doppelten Betrages der einziehbaren Rückstände nicht voll auf ihre Rechnung kommt, indem ihr die am längsten rückständigen Beiträge entgangen bleiben. Aber die Begründung zu § 1488 spricht ja auch gar nicht von einer vollen Entschädigung der Versicherungsanstalt für entgangene Beiträge und Zinsen, sondern von einer tunlichsten Entschädigung. Dieses Wort „tunlichst" wird nur in dem Sinne verstanden werden können, daß bei Abmessung der Nebenstrafe nicht allein auf das Interesse der Versicherungsanstalt an einer vollständigen Schadloshaltung, sondern auch in billiger Weise auf das Interesse des mit den Beiträgen rückständig gebliebenen Arbeitgebers Rücksicht genommen werden soll, auf daß er durch die Strafe nicht zu hart getroffen werde. Eine schwere Härte würde es jedoch sein, von einem solchen Arbeitgeber, auch wenn er lange Jahre hindurch unterlassen hat, Beiträge für einen von ihm beschäftigten Versicherten zu entrichten, zu verlangen, daß er alle, auch die schon lange Zeit verjährten Beiträge nunmehr, und zwar womöglich im doppelten Betrage, als Strafe nachzahlt. Das hieße die kurze Verjährungsfrist, die der Gesetzgeber zweckbewußt — in entsprechender Verwertung der für die Bestimmungen des § 196 BGB.

Digitized by Google

maßgebend gewesenen Gesichtspunkte — für die Forderung rückständiger Beiträge eingeführt hat, in vielen Fällen ganz illusorisch machen, was bei Einfügung der Zusatzstrafe in den § 1488 RVO. sicher nicht beabsichtigt war.

Aber auch die vom Reichsversicherungsamt schließlich noch für seine Auffassung geltend gemachten praktischen Gründe dürften bei näherer Betrachtung kaum Stich halten.

Es wird da ausgeführt, daß bei anderer Auslegung des § 1488 Abs. 1, Satz 2, die durch die Einführung der Nebenstrafe bezweckte Schadloshaltung der Versicherungsanstalt nicht erreicht werden würde, sobald der Versicherte die Beschäftigung bei dem Arbeitgeber schon vor längerer Zeit aufgegeben habe, sodaß die rückständigen Beiträge überhaupt nicht oder nur teilweise noch eingezogen werden könnten. Diese Sachlage wird aber in den weitaus meisten Fällen auch eintreten, wenn man der Auffassung des Reichsversicherungsamts folgt. Nur dann trägt diese dem Zweck der Nebenstrafe ausgiebiger Rechnung als die andere dem Wortlaut folgende Auffassung, wenn die Bestrafung gerade in die drei Monate fällt, die auf den nach § 29 RVO. zu bestimmenden Endpunkt der Verjährung der Beitragsnachforderung für einen aus der Beschäftigung ausgeschiedenen Versicherten folgen. Die Nachforderung rückständiger Beiträge verjährt ja bekanntlich in zwei Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres der Fälligkeit, die im Jahre 1912 für eine versicherungspflichtige Person fällig gewordenen Beiträge sind also z. B. nach dem 31. Dezember 1914 nicht mehr einziehbar. Die dreimonatliche Strafverjährung beginnt in solchem Falle aber von dem Zeitpunkte des Eintritts der Beitragsverjährung ab zu laufen. Hiernach kann, um bei unserm Beispiel zu bleiben, gegen den Arbeitgeber einer versicherungspflichtigen Person aus dem Jahre 1912 zwar eine Hauptstrafe nach § 1488 noch innerhalb der ersten drei Monate des Jahres 1915 verhängt werden, die Festsetzung einer Nebenstrafe würde aber nur möglich sein, wenn man unter den Ausdruck „dieser Rückstände" alle und nicht bloß die einziehbaren Rückstände versteht, da die Beitragsrückstände aus dem Jahre 1912 eben nicht mehr einziehbar sind. Liegt dagegen — und das wird das häufigere sein — der Endpunkt der Beitragsverjährung schon länger als drei Monate zurück, hat also in unserm Beispiel die versicherungspflichtige Beschäftigung schon 1911 ihr Ende gefunden, so würde auch, wenn man der Auslegung des Reichsversicherungsamts folgt, die Verhängung einer Nebenstrafe nicht mehr zulässig sein, weil die Hauptstrafe, ohne die eine Nebenstrafe nicht verhängt werden kann, bereits verjährt ist.

Die vom Reichsversicherungsamt ins Feld geführten praktischen Erwägungen treffen hiernach nur für wenige Ausnahmefälle zu; um so schwerer wiegen hingegen Bedenken, die man gerade aus der Praxis gegen die Ansicht des Reichsversicherungsamts erheben muß. Schon wenn man die Nebenstrafe nach dem Betrage der noch einziehbaren Rückstände bemißt, wird der Mindestbetrag der Nebenstrafe unter Umständen eine neben der Hauptstrafe recht bedeutende Höhe erreichen, namentlich wenn es sich dabei um rückständige Beiträge einer höheren Lohnklasse handelt. Würde doch z. B., wenn ein bis in die Gegenwart von einem Arbeitgeber beschäftigter, in der V. Lohnklasse zu versichernder Lohnarbeiter seit Januar 1912 nicht versichert war und demgemäß für fast drei Jahre die Beiträge nachträglich eingezogen werden, die Mindest-Nebenstrafe etwa 65—75 Mark betragen! Schon in solcher Höhe werden die Versicherungsanstalten, deren Strafpraxis im allgemeinen bisher durchweg — und zwar aus guten Gründen — eine milde war, nur ausnahmsweise, wenn es sich um absichtliche Beitragshinterziehung oder grobe Nachlässigkeit auf Seiten des säumigen Arbeitgebers handelt, strafen wollen. Wie viel unangenehmer ist aber die Lage durch die Entscheidung des Reichsversicherungsamts geworden! Gerade in den Fällen, wo die Anstaltsvorstände bisher noch am ehesten von der Befugnis, eine Nebenstrafe zu verhängen, Gebrauch gemacht haben und die auch der Gesetzgeber vornehmlich durch Einführung der Nebenstrafe treffen wollte, wenn ein Arbeitgeber viele Jahre hindurch die

Digitized by Google

Beitragszahlung vernachlässigt hat, so daß ein Teil der Beiträge schon verjährt ist, würde der Mindestbetrag der Nebenstrafe jetzt leicht zu einer geradezu erschreckenden Höhe anschwellen. Denke man nur einmal an den leider noch immer wiederkehrenden Fall, daß eine berufsmäßig tätige Näherin, die seit zehn Jahren allwöchentlich am Montag ihren festen Arbeitstag in einer Familie hat, bisher infolge Interesselosigkeit beider Teile unversichert geblieben ist und nunmehr durch den Aufsichtsbeamten zur Versicherung herangezogen wird. An sich muß in solchem Falle auch der beteiligten Arbeitgeberin ein erhebliches Maß von Mitschuld beigemessen werden, so daß eine Bestrafung, und zwar auch die Verhängung einer Nebenstrafe, um der Versicherungsanstalt „tunlichst" zu einem Ersatz für die entgangenen Beiträge zu verhelfen, am Platze erscheint. Aber hier neben einer Hauptstrafe von vielleicht 10 bis 20 Mark mindestens den ganzen 10jährigen Beitragsrückstand also 125 (II. Lohnklasse) bis 166 M. (III. Lohnklasse) als Nebenstrafe auferlegen zu müssen, das erscheint doch wohl im Verhältnis zu der Schwere des Verstoßes zu weitgehend. Hiernach ist zu befürchten, daß durch die in der Entscheidung No. 1813 gegebene Auslegung des § 1488, die nunmehr für alle Anstaltsvorstände bindend geworden ist, die eben erst in die Praxis eingeführte Verhängung einer Nebenstrafe, bald wieder außer Gebrauch kommen, und damit eine für die Versicherungsanstalten wertvolle Gesetzesbestimmung völlig ihren vom Gesetzgeber gewollten Zweck verfehlen wird.

Wie ist zu verfahren, wenn die Ersatzmänner für ein Kassenorgan aufgebraucht sind?

Von Friedr. Kleeis in Halle a. S.

Im Gegensatz zu den seitherigen Einrichtungen sieht die RVO. in ihrem § 10 vor, daß für die Mitglieder der Organe der Versicherungsträger „Stellvertreter" in der erforderlichen Zahl zu bestellen sind. Nach den amtlichen Mustersatzungen und Wahlordnungen sind einheitlich für das ganze Gebiet der Versicherung immer mindestens doppelt so viele Ersatzmänner zu wählen, wie Vertreter in dem in Frage kommenden Organ vorhanden sein müssen. Die Ersatzmänner treten in der Reihenfolge, die sich aus der Wahlordnung ergibt, im Falle des Ausscheidens der wirklichen Vertreter oder im Fall ihrer Amtsenthebung (§ 24 RVO.) für den Rest der Wahlzeit, sowie wenn nötig als Stellvertreter im Behinderungsfall ein.

Vielfach glaubte man, daß die doppelte Zahl der Ersatzmänner etwas reichlich bemessen sei und eine geringere Zahl auch genüge. Die Behörden haben aber überall eine Durchbrechung des Prinzips der doppelten Zahl zurückgewiesen. Und die kurze Zeit der Praxis der einschlägigen Bestimmungen hat auch bewiesen, daß diese Zahl nicht zu hoch gegriffen ist. Jetzt schon sind bei manchen Kassen die Ersatzmänner aufgebraucht.

Das hat allerdings seine außergewöhnlichen Gründe, die voraussichtlich und hoffentlich nur für die gegenwärtige Wahlperiode zutreffen. Bei den ersten Wahlen der Ausschußmitglieder, die bekanntlich sozusagen die „Urwahlen" für alle weiteren Vertretungen darstellen, wurden die tüchtigsten Personen aus den seitherigen Vertreterschaften ausgesucht und gewählt. Als es zur Wahl des Kassenvorstandes kam, brauchte man wieder tüchtige Leute, und man nahm sie zum guten Teil aus den Reihen der Ausschußmitglieder. Das hatte zur Folge, daß sie ihr Amt im Ausschuß nach § 327 RVO. niederlegen mußten. Namentlich viele der für die Kassenvorstandsmitglieder nötigen Ersatzmänner wurden den Ausschußmitgliedern entnommen, weil man glaubte, daß diese wegen dieser Wahl nicht aus dem Ausschuß auszuscheiden haben. Inzwischen hat aber das Reichsversicherungsamt

Digitized by Google

(vgl. Amtl. Nachr. 1914 S. 597 Ziff. 1868) dahin erkannt, daß Mitglieder des Ausschusses einer Krankenkasse, die auch nur als Ersatzmänner für die Vorstandsmitglieder gewählt werden, aus dem Ausschuß auszuscheiden haben. Es gehe nicht an, so heißt es da, ein Ausschußmitglied erst dann ausscheiden zu lassen, wenn es für ein ausgeschiedenes oder behindertes Vorstandsmitglied eingetreten ist. Das würde, namentlich bei einer vorübergehenden Vertretung von Vorstandsmitgliedern, zu Schwierigkeiten führen. Durch diese Auslegung, mit der seither nicht gerechnet wurde, haben wiederum viele Mitglieder des Ausschusses dieses Amt niederlegen müssen, weil sie Ersatzmänner für den Vorstand waren.*) Die Entscheidung ist von den Versicherungsämtern den Kassen zugestellt und inzwischen nach ihr verfahren worden.

Dann übte der Krieg seine Wirkung aus. Man geht wohl nicht fehl, wenn man behauptet, daß rund ein Fünftel der Mitglieder der Kassenorgane zur Fahne berufen wurde. Selbst wenn sie ihre Mitgliedschaft freiwillig fortsetzen — was aber auch nicht von allen bewerkstelligt wurde — so fehlen diese Mitglieder doch wenigstens gegenwärtig.

Eine Streitfrage dürfte hierbei auch sein, ob diejenigen Inhaber eines Ehrenamtes, die sich zwar bei der Einberufung zur Fahne zur Fortsetzung der Mitgliedschaft gemeldet, aber sodann die Beiträge nicht fristgemäß weitergezahlt haben, bei der „Rückkehr in die Heimat" mit dem Wiederbeitritt zur Kasse auch in das Ehrenamt wieder eintreten. Der § 3 des Notgesetzes über die Erhaltung der Anwartschaften in der Krankenversicherung gibt keine Handhabe zur Bejahung der Frage. Wir glauben auch, daß sie aus sonstigen Gründen verneint werden muß. Mit dem Erlöschen der Mitgliedschaft nach § 314 Abs. 1 erlischt auch das Ehrenamt und es lebt bei einem späteren Wiedereintritt nicht wieder auf.

Die RVO. enthält nicht die geringsten Bestimmungen darüber, was zu geschehen hat, wenn die Ersatzmänner aufgebraucht sind. Das frühere Krankenversicherungsgesetz sah in seinem § 39 für gewisse *ähnliche* Fälle eine Ernennung der fehlenden Mitglieder der Kassenorgane durch die Aufsichtsbehörde oder (bei den Arbeitgebern) ein Ruhen der Vertretung vor. Diese Vorschriften sind aber nicht in die RVO. übergegangen. Letztere steht vielmehr auf den Standpunkt, daß die beiden Vertretergruppen in den Kassenorganen (Arbeitgeber und Versicherte) ihre Mitwirkung unter allen Umständen *vollzählig* auszuüben haben und die Vertreter durch richtige Wahlen in einheitlich festgelegten Wahlperioden zu beschaffen sind. Um das zu ermöglichen, sagt die Begründung des Gesetzes zu § 10, daß die Stellvertreter in „ausreichender Zahl" zu beschaffen sind. Was man durch die Bestellung der doppelten Zahl auch zu erreichen hoffte.

Aus diesen Zusammenhängen ergibt sich zunächst, daß es vollkommen unstatthaft ist, ein Kassenorgan nicht in der im Statut vorgesehenen Besetzung vollzählig zusammenzuberufen. Ein wegen Ausscheidens eines Teiles seiner Mitglieder lückenhaft gewordenes Kassenorgan kann keine rechtsgültigen Beschlüsse fassen.*) Besondere Bedeutung kann diese ge-

*) *Anmerkung der Schriftleitung:* Die Entscheidung ist in der ArbVers. 1914 S. 640 abgedruckt. Wir haben sie daselbst S. 641 als unbegründet und unzweckmäßig bezeichnet und dies näher begründet. Die gegenwärtige Lage der Dinge beleuchtet besonders scharf, wie die Auffassung des Reichsversicherungsamts zu einem unnützen und von manchen Kassen unter Umständen kaum zu bestreitenden Massenaufgebot von Vertretern nötigt, wenn diese schon deshalb aus dem Ausschuß ausscheiden müssen, weil sie als Ersatzmänner für Vorstandsmitglieder *gewählt*, aber noch zu keiner Funktion im Vorstande berufen sind.

*) *Anmerkung der Schriftleitung:* Das erscheint uns mindestens zweifelhaft. Wenn in einer ordnungsmäßig einberufenen Sitzung des Ausschusses oder des Vorstandes sich ergibt, daß ein Mitglied verstorben ist, so wird es Sache des Vorsitzenden sein, das Möglichste zu tun, um einen Ersatzmann heranzuziehen. Gelingt dies aber nicht, so ist der Fall nicht anders zu behandeln, als wenn ein gehörig eingeladenes Mitglied ausbleibt; d. h. es bestimmt sich nach der Geschäftsordnung, ob das Organ beschlußfähig ist (zu vgl. § 69 der Mustersatzung f. OKK.). Anzunehmen, daß in solchem Falle das Organ, weil es nicht aus der satzungsmäßigen Mitgliederzahl besteht, schlechthin keine Beschlüsse fassen dürfe, bedeutet eine mit den Aufgaben der Kasse unvereinbare Lahmlegung der Verwaltung.

Erwiderung des Verfassers bei der Korrektur: Dem ist zweifellos zuzustimmen. Wir haben aber solche Fälle im Auge, bei denen schon bei der Zusammenberufung des Kassenorgan-

Digitized by Google

setzliche Norm bei dem Kassenvorstand haben mit Rücksicht auf seine geringe Mitgliederzahl. Besteht z. B. der Kassenvorstand — was sehr häufig vorkommt — aus insgesamt sechs Mitgliedern, von denen zwei, vielleicht zwei Versichertenvertreter, ausgeschieden sind, so können sich bei einer Beschlußfassung ganz eigentümliche Konstellationen ergeben. Es ist eine große Lücke in der RVO., daß für diese Fälle keine Vorsorge getroffen ist. Es bleibt nun nichts anderes übrig, als Auswege zu suchen, die, so gut es geht, die Lücke überbrücken und mit den sonstigen gesetzlichen Vorschriften möglichst wenig in Widerspruch stehen.

Bei der Lösung des Rätsels, was zu geschehen hat, wenn die Zahl der Ersatzmänner nicht ausreicht, könnte erwogen werden, ob in diesem Falle von der Regel, daß die Ersatzmänner nur derselben Vorschlagsliste entnommen werden müssen, der die Ausgeschiedenen angehörten, abgesehen werden kann. Denn zunächst wird doch häufiger der Fall eintreten, daß nicht sämtliche Ersatzmänner überhaupt, sondern nur diejenigen einer bestimmten Vorschlagsliste aufgebraucht sind und richtig gewählte Ersatzmänner auf anderen Vorschlagslisten noch genügend vorhanden sind. Unseres Erachtens ist die erwähnte Regel genau einzuhalten und es geht nicht an, Stellvertreter einer anderen Liste zu entnehmen als jener, der die Ausgeschiedenen angehörten. Man könnte allerdings versucht sein, hier den § 19 Abs. 2 der Wahlordnung sinngemäß anzuwenden. Derselbe sagt: „Ist der Wahlvorschlag erschöpft, so werden die Sitze der erforderlichen Ersatzmänner auf die anderen Wahlvorschläge, auf denen noch nicht gewählte Bewerber gültig vorgeschlagen sind, nach den Vorschriften des § 17 verteilt." Diese Bestimmung kann aber nur für die Wahl Anwendung haben. Sie dient nur dazu, die erforderliche (doppelte) Zahl der Ersatzmänner überhaupt zusammenzubringen. Ist die Wahl erledigt und die erforderliche Zahl Vertreter und Ersatzmänner bestellt, so wird entsprechend dem § 19 Abs. 1 verfahren, wie andererseits auch auf überhaupt Weggefallene, d. h. nicht gewählte Vertreter und Ersatzmänner nicht zurückgegriffen werden kann. Eine andere Handhabung würde in der Praxis auch zu merkwürdigen Konsequenzen führen. Die Zusammensetzung des Kassenorgans soll — das ist der ganze Zweck des Verhältniswahlsystems — ein treues Spiegelbild der Zusammensetzung der Wählerschaft sein. Eine andere als die von uns für richtig gehaltene Praxis würde einseitig nur die kleinen Wählergruppen (Parteien) begünstigen, die — unter der Voraussetzung, daß sie bei der Wahl die voll erforderliche Zahl von Kandidaten vorschlugen — nicht so schnell in die Lage kommen, Ersatzmänner nicht mehr zu besitzen.*)

Unseres Erachtens sind beim Mangel der nötigen Ersatzmänner Ersatzwahlen vorzunehmen. Sie sind zwar nirgends im Gesetz und in den Mustersatzungen vorgesehen, sie sind aber gleichwohl unerläßlich. Dieselbe Meinung vertritt übrigens auch Dr. Franz Hoffmann in seinem Kommentar zum zweiten Buch der RVO. in der Anmerkung 6 zu § 335, freilich nur mit den dürftigen Worten: „Nötigenfalls sind Ersatzwahlen vorzunehmen." Ueber das Wie, über das es auch sehr viel zu reden gibt, ist nichts Näheres angegeben. Es entsteht zunächst die Frage:

feststeht, daß es nicht mehr vollzählig ist und, wenigstens soweit es sich um den Ausschuß handelt, auch mehrere Mitglieder fehlen.

*) Mir wird eben bekannt, daß in Schleudit, wo die Ersatzmänner für den Vorstand ebenfalls aufgebraucht sind, entsprechend dem § 19 der Musterwahlordnung verfahren worden sei. Eine bekannte Persönlichkeit in der Krankenkassenbewegung habe der Kasse erklärt, es sei in der Ordnung, daß die nichtgewählten Ersatzmänner bei Erschöpfung der gewählten Ersatzmänner zu den Vorstandssitzungen herangezogen werden können. Unseres Erachtens ist der Absatz 1 des § 19 streng vom Absatz 2 zu unterscheiden. Absatz 1 handelt allerdings von der ganzen Wahlzeit und will besagen, daß beim Ausscheiden eines wirklichen Vertreters „noch nicht gewählte Bewerber" (worunter nur die Ersatzmänner verstanden werden können) als Ersatzmänner, d. h. als wirkliche Vertreter, eintreten. Absatz 2 dagegen hat nur für die Zeit der Wahl Anwendung und will nur, daß die statutarische Zahl der Ersatzmänner überhaupt zusammenkommt. Die Anwendung des § 19 in dem hier kritisierten Sinne würde eine schwere Benachteiligung der großen Wählergruppen sein, die wenig Reserven zu stellen haben. Sollte diese Auslegung des § 19 von den Versicherungsbehörden gut geheißen werden, so würde das dazu führen, daß er vielfach aus der Wahlordnung gestrichen wird. Der Verfasser.

Digitized by Google

Sind die gesamten Mitglieder des lückenhaften Kassenorgans neu zu wählen oder nur soviel, um die nötige Zahl (Vertreter und Ersatzmänner) wieder herzustellen? Wir möchten uns für das letztere aussprechen, obgleich gegen eine solche Praxis Bedenken laut werden können.*)

Gegen eine vollkommene Neuwahl aller Vertreter und Ersatzmänner spricht hauptsächlich § 16 der RVO. mit seiner kategorischen Anordnung: „Die Wahlzeit dauert vier Jahre." Wer auf vier Jahre gewählt ist, hat auch Anspruch darauf, das Amt so lange auszuüben. Die Absicht des Gesetzgebers war offenbar auch, die Wahlen Zug um Zug einheitlich und möglichst gleichzeitig im ganzen Reiche stattfinden zu lassen. Es bleibt demnach nur übrig, Ersatzwahlen in der Weise vorzunehmen, daß soviele Vertreter und Ersatzmänner neugewählt werden, als nötig sind, um ihre statutarische Gesamtzahl wieder herzustellen. Es wird hierbei immer eine größere Zahl zu Wählender in Frage kommen. Zum allermindesten drei. Diese durch Ersatzwahlen Gewählten haben natürlich nur solange im Amte zu bleiben, bis fristgemäß die gesamten Mitglieder des Kassenorgans neu zu wählen sind. Bei diesen Ersatzwahlen würden natürlich die ganzen Vorschriften der Wahlordnung sinngemäß zur Anwendung zu bringen sein: Verhältniswahlverfahren usw. Freilich finden sich auch hierüber keine Bestimmungen im Gesetz.

Auch sonstige Bedenken lassen sich gegen gerade diese Handhabung anbringen. Das Mißgeschick, daß ihre Vertreter und Ersatzmänner vollständig aufgebraucht sind, wird voraussichtlich immer nur einer, und zwar der größten Wählergruppe (Partei) passieren. Das ist darin begründet, daß sie die größte Zahl der zu Wählenden zu stellen hat und auch die größten Abgänge hat. Ist nun der Bedarf nur auf einer Liste eingetreten und es wird eine Ergänzungswahl auf Grund des Verhältniswahlsystems von allen Wählern vorgenommen, so werden sich in die zu besetzenden Sitze wieder alle Wählergruppen (Parteien) teilen. Somit hat die große Wählergruppe nur Nachteile, denn sie mußte durch die Ersatzwahl von ihrem ursprünglichen Besitzstand Mandate an die anderen Gruppen abtreten. Auch die Frage, in welcher Reihenfolge die Nachgewählten in das Kassenorgan einzutreten haben, dürfte Schwierigkeiten bereiten. Aber irgendwie muß doch der Mangel abgestellt werden, und wir sehen keinen besseren, gangbaren Weg, ohne irgendwie gegen die zurzeit gültigen klaren Bestimmungen des Gesetzes zu verstoßen.

§ 379 RVO., der dem Versicherungsamt das Recht gibt, die Mitglieder oder Vertreter zu den Kassenorganen zu bestellen, wenn die Wahlberechtigten sich weigern, sie zu wählen, kann unmöglich in Frage kommen. Die Anwendung dieser Vorschrift setzt eben voraus, daß die Wahlberechtigten wiederholt zur Vornahme der Wahl ohne Erfolg aufgefordert worden sind, oder daß sie die Ausübung des Wahlrechts ausdrücklich verweigern. Das bloße Fehlen von Mitgliedern der Kassenorgane berechtigt demnach noch bei weitem nicht zur behördlichen Bestellung.

Ein Ausweg, um eine Ersatzwahl zu vermeiden, wäre vielleicht der, entsprechend der noch vorhandenen Zahl der Vertreter die statutarisch festgelegte Zahl der Mitglieder des Kassenorgans zu beschränken. Hierzu müßten freilich die zu einer Aenderung des Kassenstatuts nötigen Formalitäten eingehalten werden, wie entsprechender Beschluß des Ausschusses, Genehmigung durch das Oberversicherungsamt usw. Bei einem solchen Verfahren wird aber immer mit der Möglichkeit gerechnet werden müssen, daß bei einem weiteren Sinken der Zahl der vorhandenen

*) Anmerkung der Schriftleitung: „Ersatzwahlen" im eigentlichen Sinne, nämlich zum Ersatz für einzelne ausgeschiedene Vertreter, sind allerdings unzulässig, weil hierbei der dem Prinzip der Verhältniswahl zu Grunde liegende Gedanke gebührender Berücksichtigung auch der Minderheiten nicht zu verwirklichen wäre. Wohl aber ist, wenn ein Organ trotz Heranziehung der Ersatzmänner nicht mehr die gebotene Mitgliederzahl aufweist, eine „Ergänzungswahl" geboten und nach dem Prinzip der Verhältniswahl durchführbar. Näheres hierüber bei Schulz, Die Wahl, insbesondere die Verhältniswahl, in der sozialen Versicherung, §§ 19, 25 S. 55, 64.

Digitized by Google

Vertreter und Ersatzmänner doch noch eine Ersatzwahl oder eine abermalige Aenderung des Kassenstatuts vorgenommen werden muß.

Vom Standpunkte einer einfachen und schnellen Lösung der Frage aus wird es wohl am zweckmäßigsten sein, beim Fehlen der nötigen Ersatzmänner für den Vorstand eine Ersatzwahl durch den Ausschuß und beim Fehlen solcher für den Ausschuß eine entsprechende Satzungsänderung vorzunehmen. Freilich wird es auch bei der letzteren Schwierigkeiten zu überwinden geben. Um die genau begrenzte beschränkte Zahl der Vertreter und Ersatzmänner zu erhalten, würde es nötig sein, daß einzelne von den überschüssigen ihr Amt „freiwillig" niederlegen.

Dieses freiwillige Niederlegen eines Ehrenamtes ist übrigens auch keine so einfache Sache. Nach § 24 Abs. 4 der RVO. kann ein Gewählter auf seinen Antrag durch Beschluß des Vorstandes nur dann von seinem Amte entbunden werden, wenn bei ihm während der Wahlzeit einer der Ablehnungsgründe nach § 17 Abs. 1 Nr. 2 bis 5 eintritt. Das gilt natürlich sowohl für Vertreter der Arbeitgeber als auch der Versicherten und ferner auch für Ersatzmänner. Zu den Gründen gehört freilich auch „Krankheit", die hier zu einem recht dehnbaren Begriff — wie die bekannten „Gesundheitsrücksichten" bei den Ministern — gemacht werden kann.

Bei einer Aenderung der RVO. wird es unerläßlich sein, die hier erörterte Frage gesetzlich zu regeln.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Bekanntmachung des Reichskanzlers über Pauschbeträge, die von den Versicherungsträgern zu den Kosten der Oberversicherungsämter zu entrichten sind.

Vom 22. Oktober 1914 (RGBl. S. 477).

Auf Grund des § 80 Abs. 3 RVO. hat der Bundesrat bestimmt:

1. Die Versicherungsträger haben für jede Spruchsache, an der sie beteiligt sind, als Pauschbetrag zu den Kosten des Oberversicherungsamts zu entrichten: aus dem Gebiete der Krankenversicherung 18 M., aus dem Gebiete der Unfallversicherung 16 M., aus dem Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung 18 M.
2. Diese Festsetzung gilt bis zum 1. Januar 1919.

Eigene Amtspflicht oder Rechtshilfepflicht? Kostenersatz für Rechtshilfe.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 24. Juli 1914 (2742 Amtl. Nachr. 1914 S. 681).

Die Sektion einer Berufsgenossenschaft hatte das Versicherungsamt B. durch Schreiben vom 9. Juli 1913 ersucht, eine Reihe von namentlich bezeichneten Unternehmern zur sofortigen Anmeldung ihrer Betriebe für den Fall zu veranlassen, daß sie nicht schon in das Betriebsverzeichnis einer anderen Berufsgenossenschaft aufgenommen sein sollten. Das Versicherungsamt stellte darauf über die Betriebsverhältnisse der Unternehmer Ermittlungen an. Es bediente sich hierzu eines Hilfsboten, der für jede Feststellung, wenn der Feststellungsort weniger als 2 km vom Rathaus entfernt liegt, 50 Pf., bei einer größeren Entfernung 75 Pf. und für jede Seite Schreibwerk 20 Pf. erhält. Die hierdurch entstandenen 4,25 M. Kosten will das Versicherungsamt von der Sektion erstattet haben; es hat, da diese ihre Zahlungspflicht bestreitet, die Entscheidung des Reichsversicherungsamts angerufen.

Die Ansicht des Sektionsvorstandes, es handle sich um die Erfüllung einer eigenen amtlichen Aufgabe des Versicherungsamts, für welche die Berufsgenossenschaften keine Kosten zu erstatten hätten, trifft zwar nicht zu. Schon unter der Herrschaft des früheren Rechtes hat das Reichsversicherungsamt anerkannt, es sei nicht Aufgabe der unteren Verwaltungsbehörde, die für versicherungspflichtig geltenden Betriebe von Amts wegen zu ermitteln (zu vgl. Bescheid 91, Amtl. Nachr. des RVA. 1885 S. 369). Die Reichsversicherungsordnung hat an diesem Grundsatz nichts geändert (zu vgl. Moesle-Rabeling, Anmerkung 2 zu § 656; Düttmann, Anm. 1 zu § 656).

Es kommt daher nur Rechtshilfe in Frage. Die hierdurch dem Versicherungsamt entstandenen Kosten wären von der Sektion zu ersetzen, wenn sie zu den baren Auslagen im Sinne des § 117 a. a. O. gehörten. Das ist aber nicht

Digitized by Google

der Fall. Im § 59 Abs. 2 a. a. O. ist die Erstattungspflicht der Versicherungsträger ähnlich wie im § 117 für die in Spruchsachen entstehenden „Barauslagen des Verfahrens" angeordnet. Mit der Auslegung dieses Begriffs ist das Reichsversicherungsamt schon befaßt worden. In der Entsch. 2741 ist ausgeführt, daß unter den Barauslagen des Verfahrens die Kosten des Verfahrens im Gegensatze zu den Kosten der Gerichtshaltung zu verstehen seien. Im § 117 handelt es sich um denselben Gegensatz wie im § 59 a. a. O. Hierfür spricht zunächst der fast gleiche Wortlaut beider Vorschriften. Außerdem sind als wichtige Beispiele der zu erstattenden Barauslagen im § 117 Tagegelder, Reisekosten sowie Gebühren für Zeugen und Sachverständige aufgeführt, die sämtlich unstreitig zu den Kosten des Verfahrens gehören. Dementsprechend sind die Vorschriften der früheren Versicherungsgesetze, die dem § 117 a. a. O. zum Muster gedient haben, im wesentlichen ebenso ausgelegt worden wie der Begriff der Kosten des Verfahrens in der oben erwähnten Entscheidung des Reichsversicherungsamts (zu vgl. Anweis. des RVA. vom 12. November 1891 zu § 141 JVG., Amtl. Nachr. 1892 S. 13; Allgemeine Verfügung des Preußischen Justizministers vom 27. November 1893, betreffend die Berechnung der bei preußischen Gerichten erwachsenden Rechtshilfekosten in Angelegenheiten der Unfall-, Invaliditäts- und Altersversicherung, Amtl. Nachr. 1894 S. 2). Die Erstattungspflicht der Barauslagen in Rechtshilfesachen reicht daher grundsätzlich ebensoweit wie in Spruchsachen des Versicherungsamts.

Zu den Kosten des Verfahrens sind die dem Versicherungsamt entstandenen Barauslagen aber nicht zu rechnen. Denn zu dem Begriffe der Kosten des Verfahrens gehört nach der Rechtsübung des Reichsversicherungsamts nicht allein, daß sie im einzelnen Falle ausscheidbar sind, sondern auch, daß sie nicht den gewöhnlichen Verwaltungskosten der Behörde zuzurechnen sind. Zu der Erledigung der regelmäßig wiederkehrenden Ersuchen über die Ermittlung von Betrieben sind nächst den Organen der Berufsgenossenschaften selbst in erster Linie die Versicherungsämter berufen. Die hierdurch entstehenden Kosten gehören daher ihrer Art nach zu den gewöhnlichen Kosten der Verwaltung, soweit die Ermittlungen ohne die Inanspruchnahme fremder Hilfe (z. B. der Post) und ohne besondere Aufwendungen (z. B. durch Tagegelder und Reisekosten) erledigt werden können. Unberücksichtigt mußte bleiben, in welcher Weise das Versicherungsamt die Entlohnung des für Ermittlungen dieser Art bestellten Hilfsboten geregelt hat. Denn es hängt nicht von dem Ermessen des Versicherungsamts ab, Kosten, die ihrer Art nach zu den Kosten der Verwaltung gehören, in erstattungspflichtige Barauslagen umzuwandeln. Ist das Versicherungsamt infolge der Anforderungen, welche die Tätigkeit in Sachen der Reichsversicherung stellt, genötigt, weitere Hilfskräfte anzustellen, so wird es die hierdurch entstandenen Kosten in der Regel selbst zu tragen haben. Da das Versicherungsamt nicht behauptet, es seien durch die Ermittlungen außergewöhnliche Kosten entstanden, so konnte seinem Antrag nicht stattgegeben werden.

B. Zur Krankenversicherung.

Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung.

Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 26. November 1914.
(RGBl. S. 485.)

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (RGBl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

Die Vorschriften des Gesetzes, betreffend Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung, vom 4. August 1914 (RGBl. S. 334) gelten auch für Angehörige der österreichisch-ungarischen Monarchie. Im Sinne des genannten Gesetzes stehen den dem Deutschen Reiche geleisteten Kriegs-, Sanitäts- und ähnlichen Diensten diejenigen gleich, welche der österreichisch-ungarischen Monarchie geleistet werden.

Diese Bestimmung wirkt vom Inkrafttreten des genannten Gesetzes vom 4. August 1914 an.

Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 3. Dezember 1914, betreffend Wochenhilfe während des Krieges (RGBl. Nr. 106).

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (Reichsgesetzbl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

§ 1. Wöchnerinnen wird während der Dauer des gegenwärtigen Krieges aus Mitteln des Reichs eine Wochenhilfe gewährt, wenn ihre Ehemänner

1. in diesem Kriege dem Reiche Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste leisten oder an deren Weiterleistung oder an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit durch Tod, Verwundung, Erkrankung oder Gefangennahme verhindert sind und
2. vor Eintritt in diese Dienste auf Grund der Reichsversicherungsordnung oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse in den voran-

Digitized by Google

gegangenen zwölf Monaten mindestens sechsundzwanzig Wochen oder unmittelbar vorher mindestens sechs Wochen gegen Krankheit versichert waren.

§ 2. Die Wochenhilfe wird durch die Orts-, Land-, Betriebs-, Innungskrankenkasse, knappschaftliche Krankenkasse oder Ersatzkasse geleistet, welcher der Ehemann angehört oder zuletzt angehört hat. Ist die Wöchnerin selbst bei einer anderen Kasse der bezeichneten Art versichert, so leistet diese die Wochenhilfe; sie hat davon der Kasse des Ehemanns sofort nach Beginn der Unterstützung Mitteilung zu machen.

§ 3. Als Wochenhilfe wird gewährt:

1. ein einmaliger Beitrag zu den Kosten der Entbindung in Höhe von fünfundzwanzig Mark,
2. ein Wochengeld von einer Mark täglich, einschließlich der Sonn- und Feiertage, für acht Wochen, von denen mindestens sechs in die Zeit nach der Niederkunft fallen müssen,
3. eine Beihilfe bis zum Betrage von zehn Mark für Hebammendienste und ärztliche Behandlung, falls solche bei Schwangerschaftsbeschwerden erforderlich werden,
4. für Wöchnerinnen, solange sie ihre Neugeborenen stillen, ein Stillgeld in Höhe von einer halben Mark täglich, einschließlich der Sonn- und Feiertage, bis zum Ablauf der zwölften Woche nach der Niederkunft.

§ 4. Die Vorstände der Kassen (§ 2) können beschließen, statt der baren Beihilfen nach § 3 Nr. 1 und 3 freie Behandlung durch Hebamme und Arzt sowie die erforderliche Arznei bei der Niederkunft und bei Schwangerschaftsbeschwerden zu gewähren.

Ein solcher Beschluß kann nur allgemein für alle Wöchnerinnen gefaßt werden, denen die Kasse auf Grund dieser Vorschriften Wochenhilfe zu leisten hat.

Bei Wöchnerinnen, denen die Kasse diese Behandlung bei der Niederkunft und bei Schwangerschaftsbeschwerden schon auf Grund ihrer Satzung als Mehrleistung nach der Reichsversicherungsordnung zu gewähren hat, bewendet es dabei in allen Fällen.

§ 5. Das Wochengeld für diejenigen der im § 1 bezeichneten Wöchnerinnen, welche darauf gegen die Kasse einen Anspruch nach § 195 der Reichsversicherungsordnung haben, hat die Kasse selbst zu tragen.

Die übrigen Leistungen werden ihr durch das Reich erstattet. Dabei ist für Aufwendungen, welche die Kasse nach § 4 gemacht hat, in jedem Einzelfall als einmaliger Beitrag zu den Kosten der Entbindung (§ 3 Nr. 1) der Betrag von fünfundzwanzig Mark und als Beihilfe für Hebammendienste und ärztliche Behandlung bei Schwangerschaftsbeschwerden (§ 3 Nr. 3) der Betrag von zehn Mark zu ersetzen.

Die Kasse hat die verauslagten Beträge dem Versicherungsamte nachzuweisen; dieses hat das Recht der Beanstandung; das Oberversicherungsamt oder knappschaftliche Schiedsgericht entscheidet darüber endgültig.

Das Nähere über die Nachweisung, Verrechnung und Zahlung bestimmt der Reichskanzler.

§ 6. Einer Satzungsänderung auf Grund dieser Vorschriften bedarf es für die Kassen nicht.

§ 7. Für das Verfahren bei Streit zwischen den Empfangsberechtigten und den Kassen über diese Leistungen gelten die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über das Verfahren bei Streitigkeiten aus der Krankenversicherung; jedoch entscheidet das Oberversicherungsamt oder knappschaftliche Schiedsgericht endgültig.

Für die Leistungen nach §§ 3, 4 und den Anspruch darauf gelten die §§ 118, 119, 210, 223 der Reichsversicherungsordnung entsprechend.

§ 8. Gegen Krankheit versicherte Wöchnerinnen, die Anspruch auf Wochengeld nach § 195 der Reichsversicherungsordnung, nicht aber auf Wochenhilfe nach § 1 haben, hat ihre Kasse, auch wenn die Satzung solche Mehrleistungen nicht vorsieht, während der Dauer des Krieges die in § 3 Nr. 1, 3 und 4 bezeichneten Leistungen aus eigenen Mitteln zu gewähren.

§ 4 gilt entsprechend.

§ 9. Die Versicherungsanstalten haben den Kassen, die in ihrem Bezirke den Sitz haben und mindestens 4½ v. H. des Grundlohns als Beiträge erheben, auf Antrag Darlehen zur Deckung der durch die Vorschrift des § 8 erwachsenden Kosten zu gewähren.

Sofern die Versicherungsanstalt und die Kasse nichts anderes vereinbaren, richtet sich die Höhe der Darlehen nach den bis zum Antrag und demnächst von Vierteljahr zu Vierteljahr der Kasse erwachsenen Kosten dieser Art.

Die Darlehen sind mit 3 v. H. zu verzinsen und nach zehn Jahren zurückzuzahlen. Eine frühere Rückzahlung steht den Kassen frei.

Für Kassen, deren Mitglieder gegen Invalidität überwiegend bei einer Sonderanstalt versichert sind, tritt diese an Stelle der Versicherungsanstalt.

§ 10. Diese Vorschriften treten mit ihrer Verkündung in Kraft. Wöchnerinnen, die vor diesem Tage entbunden sind, erhalten diejenigen Leistungen, welche ihnen von diesem Tage an zustehen würden, wenn diese Vorschriften bereits früher in Kraft getreten wären.

Der Bundesrat behält sich vor, den Zeitpunkt des Außerkrafttretens zu bestimmen.

Anmerkung der Schriftleitung: In seiner Sitzung vom 2. Dezember hat der Reichstag, wieder mit erhebender Einmütigkeit, einen Nachtrag

Digitized by Google

zum Reichshaushaltsetat angenommen, durch den der Regierung zur Bestreitung einmaliger außerordentlicher Ausgaben aus Anlaß des Krieges abermals die im Wege des Kredits flüssig zu machende Summe von 5 Milliarden Mark bewilligt wurde. Hiervon sollen 200 Millionen nach näherer Bestimmung durch den Bundesrat für Gewährung von Wochenbeihilfen während des Krieges sowie zur Unterstützung von Gemeinden oder Gemeindeverbänden auf dem Gebiete der Kriegswohlfahrtspflege, insbesondere der Erwerbslosenfürsorge und der die gesetzlichen Mindestsätze übersteigenden Unterstützung von Familien in den Dienst eingetretener Mannschaften bereitgestellt werden. Hierauf gründet sich der in der vorstehenden Bekanntmachung wiedergegebene Bundesratsbeschluß. Bestimmend waren, soweit es sich um die Wochenbeihilfen handelt, folgende Erwägungen: Einmal hat der Ruf zu den Fahnen, also die Wahrnehmung der höchsten Pflicht gegen das Vaterland, den am Kriege teilnehmenden Ehemännern die Möglichkeit genommen, hier selbst mit der nötigen Hilfe für die Ihrigen einzutreten. Da ist es denn nur billig, wenn diesen Männern die Sorge um Wohl und Bestand ihrer Familie durch die Gewißheit erleichtert wird, daß ihre Frauen in deren schwerer Stunde vor äußerster Not geschützt und der bitteren Sorge um das Leben der Neugeborenen enthoben sind. Sodann aber machen die gewaltigen Opfer an Menschenleben, die der Krieg fordert, es zu einer unabweisbaren Pflicht des Reiches, vorsorglich auf die Erhaltung und Kräftigung der kommenden Generation schon bei deren Eintritt ins Leben Bedacht zu nehmen.

In gewissen engeren Grenzen erscheint durch den Beschluß des Bundesrats der Mayet'sche Plan zu errichtender Kriegskrankenkassen, worüber wir in Heft 32 S. 771 berichtet haben, verwirklicht. Mayet hatte weitergehend insbesondere außer Wochenhilfe auch Krankenhilfe und Sterbegeldgewährung für Familienangehörige (nicht nur für die Ehefrau) der Einberufenen und der Kriegsarbeitslosen angeregt. Daß nicht diese weitergehenden Wünsche zugleich erfüllt werden konnten, ist gewiß bedauerlich. Aber es ist nicht daran zu zweifeln, daß auch diese Wünsche wohlwollend und ernst erwogen worden sind und daß man sie gewiß nicht leichten Herzens geopfert, sondern daß man sich, im Hinblick auf die vor allem anderen dringendsten Forderungen der harten Zeit, so wie geschehen, beschränken zu müssen geglaubt hat. Was der Bundesratsbeschluß bringt, ist immerhin wertvoll und dankbar zu begrüßen.

Hinsichtlich der zeitlichen Geltung der Bundesratsvorschriften sei folgendes bemerkt: Gemäß § 10 sind die Vorschriften mit ihrer Verkündung, d. i. am 3. Dezember 1914, als dem Tage der Ausgabe der Nummer 106 des Reichsgesetzblattes, in Kraft getreten; doch erhalten Wöchnerinnen, die vor diesem Tage entbunden sind, die Leistungen, welche ihnen vom 3. Dezember ab zustehen würden, wenn die Vorschriften bereits früher in Kraft getreten wären. Danach verhält es sich mit den einzelnen im § 3 bezeichneten Leistungen folgendermaßen:

1. Die Entbindungskosten (oder die Sachleistungen nach § 4) sind nur zu gewähren, wenn die Entbindung am 3. Dezember oder später erfolgt ist.

2. Das Wochengeld ist, wenn die Entbindung am 3. Dezember oder später erfolgt ist, für volle acht Wochen zu zahlen; davon müssen mindestens sechs Wochen auf die Zeit nach der Niederkunft entfallen, das heißt: für höchstens zwei Wochen kann das Wochengeld, als auf die Zeit vor der Niederkunft entfallend, sofort am ersten Zahltage nach der Niederkunft gezahlt werden, während der Rest nach Ablauf jeder Woche auszuzahlen ist (§ 210 und Anm. 5 zu § 195 bei Hahn, Handb. der KrVers. S. 262). Ist nun die Entbindung vor dem 3. Dezember, z. B. am 26. November erfolgt, so hat die Wöchnerin gleichwohl Anspruch auf Wochengeld, aber nur für 7 Wochen, da sie, wenn damals schon die neuen Vorschriften gegolten hätten, vom 3. Dezember ab nur noch für 7 Wochen Anspruch gehabt hätte. Eine Zahlung für die Zeit vor der Niederkunft kommt in diesem Falle nicht in Betracht, da die Wöchnerin nur Leistungen beanspruchen kann, die vom 3. Dezember ab zu gewähren sind.

3. Die Beihilfe für Schwangere (oder die Sachleistung nach § 4) ist zu gewähren, wenn das Bedürfnis für Hebammendienste oder ärztliche Behandlung in der Zeit vom 3. Dezember ab eintritt.

4. Das Stillgeld ist auch solchen Wöchnerinnen zu zahlen, die vor dem 3. Dezember entbunden sind; aber auf die Höchstdauer von 12 Wochen nach der Niederkunft ist die Zeit von dieser bis zum Inkrafttreten der neuen Vorschriften anzurechnen, so daß z. B. eine stillende Mutter, die am 12. November niedergekommen ist, Stillgeld nur für 9 Wochen vom 3. Dezember ab erhält.

Auseinandersetzung nach §§ 285 ff. RVO. findet nur bei Vereinigung von Kassen und in Fällen des § 289 statt.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 20. Juni 1914
(1902 Amtl. Nachr. 1914 S. 723).

Infolge der Ausdehnung der Betriebskrankenkasse auf den B.'r Betrieb der Firma sind die dort beschäftigten Versicherten zwar kraft Gesetzes aus der Ortskrankenkasse ausgeschieden (zu vgl. §§ 245, 307, 312 RVO.). Ein Anspruch auf Auseinandersetzung besteht aber für keine der beteiligten Kassen. Denn nicht bei jeder Ausscheidung von Kassenmitgliedern oder Kassenteilen findet eine Auseinandersetzung statt. Dies ist, von der Vereinigung von Kassen (§ 285) hier abgesehen, nur dann der Fall, wenn eine der im § 298 bezeichneten Voraussetzungen vorliegt. Keiner dieser Fälle ist hier gegeben. Insbesondere greift auch § 298 Abs. 1 Nr. 4 hier nicht durch. Diese Vorschrift bezieht sich nur auf solche besondere Ortskrankenkassen, die für mehrere Gewerbszweige oder Betriebsarten zugelassen sind (zu vgl. § 239). Die Aufzählung der Fälle der Auseinandersetzung im § 289 ist erschöpfend. Eine entsprechende Anwendung auf andere Fälle ist nicht angängig (zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers., Anm. 1a zu § 298). Insbesondere findet in dem Falle der Neuerrichtung einer Betriebskrankenkasse keine Auseinandersetzung statt (zu vgl. die Begr. zum Entw. der RVO. S. 183,

Digitized by Google

184 und Hoffmann, Komm. Anm. 5 zu § 245). Sie ist ebensowenig zulässig, wenn, wie hier, der Kreis einer bestehenden Betriebskrankenkasse erweitert worden ist. Ist aber eine Auseinandersetzung in anderen als in den im Gesetze bezeichneten Fällen ausgeschlossen, so darf sie auch nicht aus Billigkeitserwägungen erfolgen. Es kann deshalb unerörtert bleiben, ob derartige Billigkeitsgründe, wie die Beschwerde annimmt, hier vorliegen. Nur darauf ist noch hinzuweisen, daß eine Auseinandersetzung nicht lediglich deshalb zugelassen werden kann, weil die Ausdehnung der Betriebskrankenkasse auf Veranlassung des Oberversicherungsamts erfolgt ist. Glaubte die Kasse, daß das Verlangen der Erweiterung des Kassenkreises hier unberechtigt war, so hätte es ihr freigestanden, die Frage im Wege der Beschwerde weiter zu verfolgen. Keinesfalls aber kann sie aus einer derartigen behördlichen Anordnung einen Anspruch auf Auseinandersetzung mit der Ortskrankenkasse herleiten. Hiernach rechtfertigt sich die Zurückweisung der Beschwerde.

Stimmzettel mit Merkmalen. — Sind gültige Stimmen nicht berücksichtigt, so bedarf es keines neuen Wahlverfahrens, sondern nur erneuter Feststellung des Ergebnisses.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 13. Juli 1914 (1910 Amtl. Nachr. 1914 S. 734).

Die für den Wahlvorschlag 1 abgegebenen Stimmen sind, wie das Oberversicherungsamt zutreffend annimmt, gültig. Nach § 13 Abs. 1 der Wahlordnung der Kasse genügt es, auf dem Stimmzettel an Stelle der Aufzählung der Namen der Bewerber, welchen der Wähler seine Stimme geben will, die Ordnungsnummer des Wahlvorschlags anzugeben. Es wäre also ausreichend gewesen, wenn die fraglichen Stimmzettel lediglich die Aufschrift „Liste 1" getragen hätten. Nicht jeder Zusatz macht aber die Stimmzettel ungültig. § 13 Abs. 2 a. a. O. bestimmt in dieser Hinsicht, daß Stimmzettel, die oder deren Umschläge ein Merkmal haben, welches die Absicht einer Kennzeichnung wahrscheinlich macht, oder die unterschrieben sind, ungültig sind (zu vgl. § 13 Abs. IV der Musterwahlordnung, Zentralblatt für das Deutsche Reich 1913 S. 259 ff.). Unterschrieben sind die fraglichen Stimmzettel nicht, da sie handschriftliche Zusätze überhaupt nicht enthalten. Der im Druck beigefügte Zusatz ist hier aber auch kein unzulässiges Merkmal im Sinne des § 13 Abs. 2 der Wahlordnung. Dies ergibt sich aus dem Zwecke der Bestimmung. Sie steht im Zusammenhange mit § 15 Abs. 2 RVO., der für die Wahlen zu den Organen der Kasse geheime Wahl vorschreibt, und dient der Wahrung des Wahlgeheimnisses. Absichtlich gekennzeichnete Stimmzettel, die die Möglichkeit geben, festzustellen, wie die einzelnen Wähler abgestimmt haben, sollen nicht gezählt werden. Dem Zwecke der Bestimmung entsprechend werden nur solche Stimmzettel als ungültig zu behandeln sein, die sich von anderen für den gleichen Wahlvorschlag abgegebenen Stimmzetteln oder deren Umschlägen unterscheiden. Denn nur dann können sie eine Handhabe bieten, die Parteistellung eines Wählers zu erforschen. In dem hier vorliegenden Falle stimmen die für die Liste 1 abgegebenen Stimmzettel vollkommen überein; sie sind von der gleichen Größe und Beschaffenheit und tragen sämtlich den gleichen Aufdruck. An der Hand dieser Stimmzettel kann also nicht festgestellt werden, von welchen Wahlberechtigten sie abgegeben worden sind. Der beanstandete Zusatz ist offenbar nur deshalb gewählt worden, um irrtümliche Stimmabgaben zu vermeiden und von vornherein Zweifel darüber auszuschließen, welcher Parteistellung die Bewerber der Vorschlagsliste 1 angehörten. Die 65 für die Liste 1 abgegebenen Stimmen hätten deshalb bei der Ermittlung des Wahlergebnisses berücksichtigt werden müssen. Daß dies unterblieben ist, hat das Oberversicherungsamt mit Recht beanstandet.

Der Mangel der Nichtberücksichtigung dieser Stimmen, die für das Wahlergebnis von Bedeutung sind, kann dadurch geheilt werden, daß das Wahlergebnis erneut festgestellt wird. Es ist aber dazu nicht erforderlich, daß, wie auch das Oberversicherungsamt anzunehmen scheint, das gesamte Wahlverfahren nochmals durchgeführt wird. Dies wäre nur dann geboten, wenn das Wahlverfahren selbst an wesentlichen Mängeln litte. Solche sind aber nicht festgestellt. Die gegenteilige Annahme des Versicherungsamts geht fehl. Insbesondere war es nicht zu beanstanden, wenn die Wahlvorschlagsliste 2 keine die Parteigruppe der Einreicher erkennbar machende Bezeichnung trug. Die Wahlordnung der Kasse, die in dieser Hinsicht maßgebend ist, bestimmt eine Kennzeichnung nicht; eine derartige Bezeichnung ist auch zur Durchführung einer ordnungsmäßigen Wahl nicht unbedingt erforderlich. Ebensowenig ist eine öffentliche Bekanntgabe der Vorschlagslisten durch die Zeitung in der Wahlordnung der Kasse vorgesehen. Nach § 5 der Wahlordnung genügt es vielmehr, in dem Wahlausschreiben anzugeben, wo die Wahlvorschläge nach ihrer Zulassung von den Wählern eingesehen werden können. Diesem Erfordernisse wird die Bekanntmachung des Kassenvorstandes vom 22. September 1913 gerecht. Auch der Umstand endlich, daß der Kassenvorstand nach Ansicht des Versicherungsamts 27 auf Zeitungspapier gedruckte, mit einem schwarzen Rande versehene Stimmzettel der Liste 2 nicht für ungültig erklärt hat, rechtfertigt nicht die Anordnung neuer Wahlen. Mit Recht hat hier-

Digitized by Google

nach der Beschwerdeführer die Notwendigkeit einer Neuwahl der Vertreter der Versicherten zum Ausschuß der Kasse bestritten. Die Entscheidung des Versicherungsamts hätte hiernach aufgehoben werden müssen. Demgemäß war die Entscheidung des Oberversicherungsamts aufzuheben, da sie trotz zutreffender Ausführungen zu einer Bestätigung der Entscheidung des Versicherungsamts gelangt ist. Es ist lediglich eine nochmalige Feststellung des Wahlergebnisses durch den Kassenvorstand erforderlich. Dabei wird auch die Gültigkeit von 27 für die Liste 2 abgegebenen Stimmen, die das Versicherungsamt beanstandet hat, nochmals zu prüfen sein.

C. Zur Unfallversicherung.

Ersatz aus der Unfallrente für Unterstützungen in wechselnder Höhe.

Aus einem Urteile des preuß. Oberverwaltungsgerichts, 3. Senats, vom 28. Mai 1914 (III. C. 178. 13).

Der Kläger hat sich am 23. März 1907 krank gemeldet mit der Erklärung, daß seine Krankheit, ein Augenleiden, auf einen im März 1906 ihm zugestoßenen Unfall zurückzuführen sei. Der Unfall wurde, nachdem die Berufsgenossenschaft die Entschädigung abgelehnt hatte, vom Schiedsgericht anerkannt, und der Kläger erhielt Unfallrenten von wechselnder Höhe vom 23. März 1907 ab. Von demselben Tage ab wurde ihm seitens des Knappschaftsvereins auf die Zeit vom 23. März bis 24. September 1907 Krankengeld in Höhe von 3 M. täglich für jeden Arbeitstag, sodann vom 25. September 1907 ab Berginvalidenrente in Höhe von 24,10 M. monatlich gezahlt. Der Kläger meint nun, daß das Krankengeld für die ersten dreizehn Wochen *der Zahlung* nicht aus der Unfallrente erstattet werden könne. Er verwechselt offenbar diese dreizehn Wochen mit den ersten dreizehn Wochen *nach dem Unfall*, in denen in der Regel eine Erstattung von Knappschaftsleistungen aus der Unfallrente um deswillen nicht in Frage kommt, weil der Anspruch auf diese Rente zumeist erst mit Ablauf der dreizehn Wochen beginnt. Diese waren aber längst abgelaufen, als Unfallrente und Krankengeldzahlung begannen.

Sodann stellt der Kläger in verschiedenen seiner Berechnungen der Aufstellung dessen, was ihm die Berufsgenossenschaft für die Zeit bis zum 29. Februar 1911 zu zahlen hatte, das gegenüber, was der Knappschaftsverein ihm in der Zeit vom 13. November 1908 geleistet hat, und setzt unausgesprochen voraus, daß er nur für diese Leistungen, nicht auch für die späteren des Knappschaftsvereins aus seiner Unfallrente Ersatz zu leisten brauche. Für diese Annahme fehlt es an jeder Grundlage.

Ferner befindet er sich in dem Irrtum, daß die Ersatzleistung für jeden einzelnen Monat nur in der Höhe des Betrages zu erfolgen habe, der sich für *diesen Monat* nach Maßgabe des von der Berufsgenossenschaft und dem Knappschaftsverein Geleisteten an der Hand des § 25 des Gewerbeunfallversicherungsgesetzes als erstattungsfähig erweist.

Das Oberverwaltungsgericht hat in ständiger Rechtsprechung daran festgehalten, daß zum Ersatze für Unterstützungen von wechselnder, die halbe Unfallrente teils übersteigender, teils nicht erreichender Höhe die halbe Unfallrente fortlaufend bis zum Gesamtbetrag aller geleisteten Unterstützungen in Anspruch genommen werden kann, dergestalt, daß in den Monaten, in denen die Unterstützung geringer ist als die halbe Rente, der danach verfügbare Rest der Rentenhälfte zur nachträglichen Deckung derjenigen früher gezahlten Unterstützungsbeträge zu verwenden ist, die aus der damals gleichzeitig zahlbaren Rentenhälfte nicht gedeckt werden konnten, weil sie darüber hinausgingen.

Zur Auslegung der §§ 1596, 1598 RVO.

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 30. Juni 1914.

Eine Berufsgenossenschaft hatte die dem Verletzten für die Folgen eines Unfalls vom 10. Oktober 1906 gewährte Rente von 10 v. H. durch Bescheid vom 11. Juni 1913 aufgehoben. Das Versicherungsamt holte im Einspruchsverfahren noch ein Gutachten des Dr. P. ein und stellte die hierdurch entstandenen Kosten in Höhe von 15 M. gemäß § 97 der Kaiserlichen Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter der Berufsgenossenschaft in Rechnung. Das Oberversicherungsamt hat die rechtzeitig erhobene Beschwerde der Berufsgenossenschaft gemäß §§ 1799, 1693 RVO. an das Reichsversicherungsamt abgegeben, weil es sich um eine noch nicht festgestellte Auslegung gesetzlicher Vorschriften von grundsätzlicher Bedeutung handle. Das Oberversicherungsamt hält den Anspruch des Versicherungsamts zwar nicht aus § 1595 a. a. O., aber aus § 1596 Abs. 2 für begründet, weil der Versicherte auf Grund des vom Versicherungsamt eingeholten Gutachtens im Verfahren obgesiegt habe.

Der § 1595 a. a. O. ist nicht anwendbar, da sich der Versicherte unstreitig seit dem Abschluß der Heilbehandlung am 15. Januar 1907 nicht mehr in ärztlicher Behandlung wegen der Folgen des Unfalls vom 10. Oktober 1906 befunden hat (zu vgl. die Entsch. unten 2737).

Auch aus § 1596 Abs. 2 a. a. O. kann das Versicherungsamt keine Rechte herleiten. Der § 1596 enthält nur eine Sondervorschrift zugunsten des Berechtigten auf Einholung und unter Umständen auch Erstattung der Kosten des Gut-

Digitized by Google

achtens eines von ihm bezeichneten Arztes. Das Versicherungsamt kann sich aber, wenn es ein Gutachten ohne Kostenvorschuß oder Sicherheitsleistung des Berechtigten eingeholt hat, nicht darauf berufen, daß die Voraussetzungen gegeben seien, unter denen der Berechtigte die Erstattung des Gutachtens verlangen könnte. Denn das Versicherungsamt hat nicht die Rechte der Beteiligten zu vertreten, sondern die ihm gesetzlich übertragenen Aufgaben zu erfüllen und kann nur insofern die Erstattung seiner Auslagen verlangen, als es sich dabei im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften gehalten hat.

Es war aber, da sich das Versicherungsamt nach mündlicher Verhandlung zur Sache gutachtlich geäußert hat, ferner zu prüfen, ob nicht der § 1600 in Verbindung mit § 1598 Satz 2 a. a. O. den Anspruch des Versicherungsamts rechtfertigt (zu vgl. die nachstehende Entsch. 2736). Das Versicherungsamt hat nicht ausdrücklich auf seine Rechte aus § 1598 a. a. O. verwiesen. Das ist auch nicht erforderlich. Denn im instanziellen Verfahren ist von Amts wegen zu prüfen, welche gesetzlichen Vorschriften in Frage kommen. Zur Rechtfertigung eines Anspruchs des Versicherungsamts aus § 1598 a. a. O. genügt es in der Regel, wenn das Versicherungsamt, wie im vorliegenden Falle, sich gutachtlich zur Sache geäußert hat. Nach dem Wortlaut des § 1598 a. a. O. müssen allerdings die Ermittlungen „hierzu", das heißt zum Zwecke der gutachtlichen Aeußerung, erhoben sein. Es ist aber nicht nötig, daß sich diese Absicht des Versicherungsamts unmittelbar aus den Akten ergibt. In dieser Beziehung kann nicht unterschieden werden zwischen der Einholung ärztlicher Gutachten und sonstigen Ermittlungen, bei denen das Versicherungsamt gleichfalls die Erstattung der Kosten von den Versicherungsträgern verlangen kann, auch wenn in den Akten nicht bemerkt ist, zu welchem Zwecke sie erhoben werden. Die Vermutung spricht, wenn sich das Versicherungsamt gutachtlich geäußert hat, dafür, daß es die Ermittlungen für sein Gutachten verwerten wollte. Demnach ist der Anspruch des Versicherungsamts im vorliegenden Falle an sich begründet.

Er ist auch seiner Höhe nach gerechtfertigt. Der § 1598 a. a. O. setzt voraus, daß die Beweismittel bereit oder leicht zu beschaffen sind und erhebliche Kosten nicht entstehen. Ob diese Voraussetzungen vorliegen, haben die Instanzen nachzuprüfen. Im vorliegenden Falle ist allein zweifelhaft, ob die durch das Gutachten des Dr. P. entstandenen 15 M. Kosten erheblich im Sinne des § 1598 sind. Hierbei ist davon auszugehen, daß es dem Versicherungsamte, sofern es sich nicht um ganz einfache, leicht zu beurteilende Leiden wie z. B. Fingerverletzungen handelt, nicht verwehrt werden darf, auch ein ausführlicheres, wissenschaftlich begründetes Gutachten einzuholen, weil vielfach nur ein solches geeignet sein wird, die Grundlage für die gutachtliche Aeußerung des Versicherungsamts zu bilden. Nicht vereinbar mit den Zwecken des Einspruchsverfahrens sind nur umständlichere, mit einer Beobachtung im Krankenhause verbundene Begutachtungen und sogenannte Obergutachten. Um ein Beweismittel dieser Art handelt es sich hier aber nicht. Die von Dr. P. für sein eingehendes Gutachten verlangten Gebühren von 15 M. sind daher nach Lage des Falles keine erheblichen Kosten im Sinne des § 1598 a. a. O. Die Beschwerde der Berufsgenossenschaft war somit als unbegründet zurückzuweisen.

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Unzulässigkeit der Revision nach § 1696 Ziff. 1 RVO. wegen beendeter Invalidität.

Rev.-Entsch. des **Reichsversicherungsamts** (Gr. Sen.) vom 27. Juni 1914
(1893 Amtl. Nachr. 1914 S. 691).

Nach § 1696 Nr. 1 RVO. ist bei Ansprüchen auf Leistungen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung die Revision ausgeschlossen, wenn es sich handelt um Höhe, Beginn und Ende der Rente. Bei der hiernach erfolgten Prüfung der Zulässigkeit der Revision war der Sechste Revisionssenat in teilweiser Abweichung von der Revisionsentsch. 1753 — Amtl. Nachr. 1913 S. 676 — (zu vgl. auch die Revisionsentsch. des Vierten Revisionssenats vom 11. Oktober 1913 in Sachen K. gegen den Allgemeinen Knappschaftsverein — II a 1499/13 —), aber im Einklang mit der Revisionsentsch. des Dritten Revisionssenats vom 4. Juni 1913 in Sachen J. gegen die Landesversicherungsanstalt Schlesien — II a 1290/13 — (zu vgl. auch die Revisionsentsch. 1652, Amtl. Nachr. 1912 S. 1184) folgender Ansicht:

Eine nachträgliche Erklärung des Revisionsklägers, es sei seine Invalidität beendet, mache die Revision nur dann unzulässig, wenn die Erklärung sich auf einen vor der Entscheidung des Oberversicherungsamts liegenden und daher von dieser erfaßten Zeitpunkt beziehe. Die nachträgliche Erklärung bleibe dagegen auf die Zulässigkeit der Revision ohne Einfluß, wenn sie sich auf einen nach der Entscheidung des Oberversicherungsamts liegenden Zeitpunkt erstrecke, über den das Oberversicherungsamt noch gar nicht entscheiden konnte und der daher auch der Nachprüfung des Revisionsgerichts nicht unterworfen sei.

Digitized by Google

Der Senat hat deshalb die Sache nach § 1717 RVO. zur Entscheidung an den Großen Senat verwiesen. Der Große Senat ist der Auffassung des verweisenden Senats nicht beigetreten. Er hat vielmehr die Revision für unzulässig erachtet.

Für die Frage der Zulässigkeit der Revision kommt es auf den Gegenstand des mit diesem Rechtsmittel verfolgten Anspruchs an (zu vgl. die Revisionsentsch. 1650, 1651, Amtl. Nachr. 1912 S. 1183 und 1184). Der Streitgegenstand ist auf Grund der Revisionsanträge festzustellen. Wenn der Kläger demnach im Revisionsverfahren lediglich den im Berufungsverfahren gestellten Antrag wiederholt und, wie in der ersten Revisionsschrift vom 22. Februar 1913, die Weitergewährung der Rente unbegrenzt beantragt hätte, so wäre die Revision zulässig gewesen. Denn dann würde die Rentenentziehung als solche den Streitgegenstand gebildet haben. In einem derartigen Falle ist die Revision zulässig (zu vgl. die Revisionsentsch. 1652, Amtl. Nachr 1912 S. 1184). Der Kläger hat nun aber im Laufe des Revisionsverfahrens den ursprünglichen Revisionsantrag dadurch eingeschränkt, daß er in dem Schriftsatz vom 4. Oktober 1913 die Bewilligung der Krankenrente nur noch bis Ende September 1913 beantragt hat. Die Beschränkung eines Revisionsantrags ist prozessual zulässig und deshalb vom Revisionsgerichte zu beachten. Es fragt sich daher, welcher der zu verschiedenen Zeiten abgegebenen, von einander abweichenden Revisionsanträge für die Zulässigkeit der Revision maßgebend ist, oder mit anderen Worten, ob sich die Zulässigkeit der Revision nach der Prozeßlage zur Zeit der Einlegung des Rechtsmittels oder nach der Prozeßlage zur Zeit der Entscheidung des Revisionsgerichts zu richten hat. Die Revisionsentsch. 1753 (Amtl. Nachr. 1913 S. 676) geht davon aus, daß in dieser Hinsicht die Zeit der Entscheidung des Revisionsgerichts maßgebend ist. Dieser Auffassung hat sich der Große Senat im Hinblick auf die in dieser Entscheidung zutreffend gewürdigte Zweckbestimmung des § 1696 RVO., das Reichsversicherungsamt von der Entscheidung wirtschaftlich minderwichtiger Fälle zu entlasten, unbedenklich angeschlossen. Auch das Reichsgericht hat in neueren Entscheidungen, worauf in der Revisionsentscheidung 1838 (Amtl. Nachr. 1914 S. 504) bereits hingewiesen worden ist, für die Zulässigkeit der Revision im Hinblick auf die Revisionssumme den Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung, und nicht den Zeitpunkt der Einlegung des Rechtsmittels, als maßgebend angesehen. Von der Entsch. 1753 wollte der verweisende Senat auch nicht grundsätzlich abweichen. Er war aber der Ansicht, daß der dort ausgesprochene Grundsatz dann eine Ausnahme erfahren müsse, wenn sich, wie im vorliegenden Falle, die Erklärung des Klägers auf einen nach der Entscheidung des Oberversicherungsamts liegenden Zeitraum bezieht. In diesem Falle stand nach der Auffassung des verweisenden Senats der Berücksichtigung der späteren Erklärung des Klägers die Vorschrift des § 1697 RVO. entgegen, welche die Beachtung neuer, von der Entscheidung des Oberversicherungsamts nicht erfaßter Tatsachen im Revisionsverfahren grundsätzlich ausschließt. Das Verbot der Berücksichtigung neuer Tatsachen in der Revisionsinstanz besteht allerdings. Es hat aber nicht die Bedeutung, die ihm der verweisende Senat beilegen wollte. Dieser Grundsatz gilt vielmehr nur für die Beurteilung des eigentlichen Streitstoffs, der materiellen Ansprüche als solcher. Bei Prüfung der von Amts wegen festzustellenden Prozeßvoraussetzungen sind dagegen auch neue Tatsachen zu berücksichtigen (z. B. bei der Frage der Prozeßfähigkeit der Partei, der Legitimation eines Vertreters u. dergl.) — zu vgl. auch Lehmann, Anm. 3 zu § 1697 RVO., Revisionsentsch. 995, Amtl. Nachr. 1902 S. 509 —. Zu den von Amts wegen zu prüfenden Fragen gehört auch die Frage der Zulässigkeit der Revision (Lehmann Anm. 3 zu § 1696). Demnach war der durch die nachträgliche Erklärung des Klägers vom 4. Oktober 1913 geschaffene veränderte Sachverhalt bei Prüfung der Zulässigkeit der Revision zu berücksichtigen.

Inhaltlich läßt diese Erklärung erkennen, daß der Kläger mit der Rentenaufhebung als solcher einverstanden ist und diese selbst nicht mehr bekämpft. Er will nur für das Ende der Rente einen anderen Zeitpunkt bestimmt haben als den, welchen die Vorinstanz festgestellt hatte. Es herrschte also zur Zeit der Entscheidung des Revisionsgerichts nur noch Streit über das Ende der Rente. In einem derartigen Falle ist aber nach der ausdrücklichen Vorschrift des § 1696 Nr. 1 RVO. die Revision ausgeschlossen. Sie war deshalb als unzulässig zu verwerfen. Ob auch Rechtshandlungen des Gegners, die den Streitgegenstand auf einen der Revision nicht mehr unterliegenden Teil beschränken, eine zulässig eingelegte Revision unzulässig machen können, war hier nicht zu entscheiden (zu vgl. Revisionsentsch. 1838, Amtl. Nachr. 1914 S. 504).

Anrechnung militärischer Dienstleistungen in der Arbeiterversicherung.

Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 26. November 1914 (RGBl. S. 485.)

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (RGBl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

Digitized by Google

Die auf Militärdienstzeiten bezüglichen Vorschriften der §§ 1281 Nr. 1, 1286, 1370, 1393 Abs. 1 Nr. 1, 2 und Abs. 2, 1396 Abs. 1, 1419 Abs. 3 und 1438 Abs. 1 der RVO. und des Artikels 66 des Einführungsgesetzes zur RVO. gelten entsprechend für Militärdienstzeiten, die während des gegenwärtigen Krieges in österreichisch-ungarischen Diensten zurückgelegt worden sind oder noch werden.

E. Zur Angestelltenversicherung.

Versicherungspflicht eines Poliers in einem Baugeschäft.

Entsch. des **Rentenausschusses Berlin** vom 27. April 1914.

Die Versicherungspflicht des Poliers R. hängt davon ab, ob seine Tätigkeit unter die im § 1 Abs. 1 des Versicherungsges. für Angest. genannten Berufsarten fällt.

Wie die Begründung zum Entwurfe des Angestelltenversicherungsgesetzes ausführt, ist vom Gesetzgeber davon Abstand genommen, den Begriff des Angestellten genau zu bestimmen. Der Kreis der Versicherungspflichtigen ist vielmehr dadurch abgegrenzt, daß nach unten hin alle der handarbeitenden Bevölkerungsklasse (Arbeiter, Gehilfen, Gesellen u. dgl.) Angehörenden, nach oben hin die Selbständigen von der Versicherungspflicht ausgeschlossen worden sind (Begr. S. 93). Von diesen Gesichtspunkten aus muß die Zusammenstellung von Berufsarten, die der § 1 Abs. 1 des Angestelltenversicherungsges. gibt, beurteilt werden. Eine erschöpfende Aufzählung aller innerhalb des in der Begründung des Gesetzes gezogenen Rahmens vorhandenen Berufsarten war bei der Vielgestaltigkeit der in Frage kommenden Verhältnisse nicht ausführbar. Um also die Frage beurteilen zu können, ob ein Angestellter zu dem Kreis der nach dem Angestelltenversicherungsgesetz versicherungspflichtigen Personen gehört, ist zunächst zu erörtern, ob er unter die beiden Klassen fällt, die nach dem Willen des Gesetzes von der Versicherungspflicht ausgeschlossen sein sollen. Erst wenn diese Frage verneint ist, kann es sich darum handeln, zu welcher Berufsart des § 1 Abs. 1 des Versicherungsges. für Angest. er zu rechnen ist.

Zu den Selbständigen gehört der Polier zweifellos nicht. Es kommt nur darauf an festzustellen, ob er zur handarbeitenden Bevölkerungsklasse zu rechnen ist.

R. hat auf kleineren Baustellen neben seiner sonstigen Tätigkeit beim Anlegen von Mauern und dergleichen körperlich mitzuarbeiten, auf größeren Baustellen ist er dagegen durch Anordnungs- und Aufsichtsbefugnisse, schriftliche Arbeiten usw., wie vorstehend geschildert, ausschließlich in Anspruch genommen, die im Gegensatz zur körperlichen Arbeit als höhere Tätigkeiten angesehen werden müssen.

Zu den Handarbeitern ist derjenige zu rechnen, dessen Tätigkeit in der Ausführung körperlicher Arbeiten besteht. Treten zu diesen höhere Tätigkeiten, so kann sich der betreffende Arbeiter über den Rahmen des einfachen Handarbeiters hinausheben. Er bleibt aber Handarbeiter oder „Vorarbeiter", solange an Umfang oder Bedeutung die körperliche Arbeit überwiegt, und rechnet als solcher noch zur handarbeitenden Bevölkerungsklasse. Erst wenn die höhere Tätigkeit an Umfang oder Bedeutung so weit zunimmt, daß sie der körperlichen Arbeit etwa gleichsteht, wird aus dem Vorarbeiter ein Werkmeister oder mindestens ein gehobener Angestellter (Anl. vom 20. Juni 1912).

Nach den glaubhaften, unwidersprochenen Angaben des Arbeitgebers ist die höhere Tätigkeit R.s an Bedeutung etwa gleich seiner körperlichen Arbeit. Das zeitliche Verhältnis dieser beiden Tätigkeiten hängt jeweils von der Art der in Ausführung befindlichen Bauten ab. Zur Bejahung der Eigenschaft als gehobener Angestellter des Poliers genügt aber schon der Umstand, daß die Bedeutung der höheren Tätigkeit derjenigen der körperlichen Mitarbeit gleichkommt.

Dem steht nicht entgegen, daß der Polier nicht völlig selbständig arbeitet. Auch der ständig unter einer Bauleitung arbeitende Polier ist in gehobener Stellung, wenn er in entsprechendem Maße mit Tätigkeiten höherer Art befaßt ist.

Auch die Stellung, die R. im Betriebe einnimmt, spricht dafür, daß er nicht mehr als „Vorarbeiter" angesehen werden kann. Er gilt in Fällen der Abwesenheit des Bauleiters als dessen Vertreter, steht dann also in einem gewissen Vorgesetztenverhältnis zu den „Handarbeitern".

R. ist demnach als gehobener Angestellter im Sinne des Angestelltenversicherungsgesetzes anzusehen und als solcher nach § 1 Abs. 1 Ziff. 2 versicherungspflichtig, da nach Lage der Sache diese Tätigkeit ganz unzweifelhaft seinen Hauptberuf bildet.

Digitized by Google

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Der Franktireurkampf der französischen „Justiz" gegen deutsche Aerzte.

Die Vorsitzenden des Deutschen Aerztevereins-Bundes und des Verbandes der Aerzte Deutschlands veröffentlichen folgende Erklärung:

„Der ruchlose Feldzug, den unsere Feinde mit Lüge und Verleumdung gegen Deutschlands Ehre und Ansehen führen, hat ein neues fast unglaubliches Opfer gefordert. Pariser Richter haben sich bereit finden lassen, gefangene deutsche Aerzte wegen „Gewalttätigkeiten gegen Einwohner und Nachlässigkeit bei der Behandlung von Verwundeten" zu ein und zwei Jahren Gefängnis zu verurteilen. Wem treibt diese Nachricht nicht die helle Glut der Empörung in das Gesicht? Deutsche Aerzte sollen geplündert und sich gewalttätig an friedlichen Bürgern vergriffen, deutsche Aerzte sollen durch ihr Verhalten Kranken gegenüber eine derartige Strafe verwirkt haben! Jedes Wort der Rechtfertigung auf diese ungeheuerliche Lüge würden wir für eine Herabsetzung unseres Standes halten; es drängt uns, nur der allgemeinen Entrüstung und der Zuversicht Ausdruck zu geben, daß Deutschland diesen Faustschlag nicht ruhig hinnehmen, sondern so erwidern wird, wie es von jeher gute deutsche Art gewesen ist."

Wir fügen hinzu, daß die Verurteilten deutsche Aerzte waren, denen französische Zeugen hingebende Tätigkeit für die Verwundeten ohne Unterschied der Staatsangehörigkeit bezeugt haben. Ihre Richter aber hat ein neutrales (schweizer) Blatt treffend gekennzeichnet als Menschen, die mit dem Gewissen zugleich den Verstand verloren haben. Sie sind nichts anderes, als mit dem Richtergewande vermummte, ruch- und sinnlos wütende Franktireurs.

Abdruck von Entscheidungen der Versicherungsbehörden.

Das Königl. Bayer. Staatsministerium des Innern hat unterm 24. August d. J. folgende Entschließung bekanntgegeben (Amtsbl. des Königl. Staatsministeriums Nr. 25): „Die Bekanntgabe von Entscheidungen der Versicherungsbehörden in Fachzeitschriften wird unter der Voraussetzung gestattet, daß

1. nach der Fassung der Bekanntgabe die Erkennung der Parteien unmöglich ist;
2. das Königliche Landesversicherungsamt die Entscheidung nicht in die „Mitteilungen des Königlichen Landesversicherungsamts" aufnehmen will.

Es ist daher vor der Veröffentlichung eine Abschrift der Entscheidung dem Königlichen Landesversicherungsamte vorzulegen. Der Verzicht auf die Veröffentlichung in den Mitteilungen des Landesversicherungsamts ist anzunehmen, wenn nicht binnen 14 Tagen nach Absendung eine gegenteilige Mitteilung des Landesversicherungsamts eintrifft."

Die Anordnung ist, da sie sich an die dem Staatsministerium unterstellten Behörden richtet, unbedenklich zulässig und sie ist auch sachgemäß. Es sei aber darauf hingewiesen, daß sie die Beteiligten (die Parteien, Antragsteller und ihre Gegner), insbesondere auch die Versicherungsträger nicht hindert, die ihnen zugegangenen Entscheidungen in der Fachpresse zu veröffentlichen und daß die Zeitschriften gesetzlich befugt sind, die ihnen zu diesem Zweck übersandten Entscheidungen — sowie Gesetze, Verordnungen, Erlasse und andere zum amtlichen Gebrauche hergestellte amtliche Schriften — abzudrucken, wie wir schon im Heft 29 S. 700 ausgeführt haben. Wir haben dort Verwahrung eingelegt gegen die Anordnung eines Versicherungsamts, daß auch die Behörde, welche die Entscheidung gefällt hat, nicht genannt werden dürfe. Eine solche Forderung — die der vorstehende Erlaß des bayr. Staatsministeriums nicht aufgenommen hat — ist ungesetzlich und sachwidrig. Die Namen der Beteiligten nicht kenntlich zu machen, entspricht dem Gebrauch und kann für Mitglieder und Angestellte der Versicherungsträger und Versicherungsbehörden unter Umständen wegen ihrer Schweigepflicht nach §§ 141, 142 RVO. sogar geboten sein. Einem Verstoß hiergegen darf selbstverständlich auch die Presse nicht Vorschub leisten; und eine ernste, auf das Sachliche gerichtete Zeitschrift wird auch sonst Unsachliches auszuscheiden sich angelegen sein lassen.

Nachweis des Todes von Kriegsgefangenen.

Die in unserer Zeitschrift enthaltenen Erörterungen über den Nachweis des Todes versicherter Kriegsteilnehmer (vgl. 1914 S. 564, 732, 745) erhalten eine Ergänzung durch folgende Bemerkungen hinsichtlich der Kriegsgefangenen, die wir einer Ausführung des Landgerichtsrats v. Wider im „Recht" (1914 Sp. 652) entnehmen:

§ 12 der Kaiserl. Verordnung vom 20. Januar 1879 (RGBl. S. 5 ff.) will die Beurkundung von Sterbefällen derjenigen Militärpersonen sichern, welche nicht am Ort ihres Standquartiers, sondern im Felde, in der Schlacht oder in Lazaretten innerhalb oder außerhalb des Deutschen Reichs, den Tod finden.

Da in diesen Fällen die Eintragung des Sterbefalls im Register des Sterbeorts mit oft unüberwindlichen Schwierigkeiten verknüpft wäre, ordnet der Abs. 2 des § 12 an, daß für die Beurkundung solcher Sterbefälle derjenige Standesbeamte zuständig ist, in dessen Bezirk der Verstorbene seinen letzten Wohnsitz gehabt hat, und wenn ein Wohnsitz desselben im Inlande nicht bekannt ist, der Standesbeamte desjenigen Bezirks, in welchem der Verstorbene geboren ist.

Diese Vorschrift würde gemäß § 2 und § 14 Abs. 2 der Verordnung auch auf Kriegsgefangene, welche am Ort ihrer Internierung sterben, Anwendung finden müssen, da aber der letzte Wohnsitz oder der Geburtsort solcher Personen häufig nicht zu ermitteln sein wird, und doch die urkundliche Festsetzung solcher Sterbefälle im Hinblick auf privat-, insbesondere erbrechtliche Verhältnisse auch der Ausländer dringend wünschenswert ist, wird es richtig sein, solche Todesfälle auf Anzeige des Chefarztes des Lazarettes (s. württ. Ministerialverfüg. vom 22. Mai 1905) in das Sterberegister des Sterbeorts einzutragen, wie dies in Württemberg mit Genehmigung des Kgl. Justizministeriums geschieht.

Digitized by Google

Die Beihilfepflicht der Gemeinden, Arbeitgeber und Innungen nach § 2 des Notgesetzes vom 4. August 1914 und die Rücklagen der Krankenkassen.

Nach einem Bescheide des Versicherungsamts Ahlen i. W. („Betriebskrankenkasse" 1914 S. 214) hat sich das Reichsversicherungsamt auf die Anfrage einer Krankenkasse dahin geäußert, daß die Pflicht zur Zuschußleistung zu den laufenden Ausgaben der Krankenkassen (nämlich auf Grund des § 2 des Ges. vom 4. August 1914, ArbVers. S. 569, 570) erst dann eintritt, wenn die gesamten Mittel der Kasse mit Einschluß des Reservefonds nicht mehr ausreichen. Das stimmt im wesentlichen mit unserer Auskunft 1914 S. 679 überein.

Schreiben eines Kommandanten eines französischen Kriegsgefangenendepots bei den Akten einer deutschen Ortskrankenkasse.

Bei Erhebung des Sterbegeldes hat die Witwe eines Kassenmitgliedes der Berliner Ortskrankenkasse für das Buchdruckergewerbe folgendes Schreiben eingereicht:

Geehrte Frau! Die Korrespondenz der Gefangenen sollte eigentlich nur alle zehn Tage erfolgen. Ich habe ausnahmsweise gestattet, den Brief, durch welchen die Kameraden Ihres Mannes Ihnen seinen Tod mitgeteilt haben (den 15. September im Hospital zu Cette) schon jetzt abzusenden. Heute glaube ich, den von ihm am 8. September geschriebenen Brief übermitteln zu müssen, welcher am 20. September abgehen sollte. Sie werden also den letzten Brief erhalten, welchen der arme Junge schrieb und welcher tapfer starb und als Opfer eines Krieges, welchen, wie Sie wissen, Frankreich weder gewollt noch gesucht hat. Ihr Mann ist, wie alle Gefangenen, sehr gut in Frankreich gepflegt worden; aber seine Wunden waren schwer und hatten sich verschlimmert infolge des langen Aufenthaltes auf dem Schlachtfelde. Die Trauerehren sind ihm in Cette durch französische Soldaten erwiesen worden.

Wollen Sie, geehrte Frau, mit meinem tiefsten Beileid meine achtungsvollsten Grüße genehmigen.

Der Kommandant des Kriegsgefangenendepots in Cette. A. Campagne.

Es ist zu wünschen, daß alle deutschen Gefangenen so viel Menschlichkeit und Verständnis finden möchten. („Ortskrankenkasse" 1914 S. 374.)

Kriegsunterstützungskasse für den Bezirk der Stadt und der Amtskorporation Stuttgart.

Die in Stuttgart errichtete Kriegsunterstützungskasse bezweckt, die ärztliche Behandlung der Familien der Kriegsteilnehmer, der Arbeitslosen und ihrer Familienangehörigen sowie der Familienangehörigen bedürftiger Kassenmitglieder sicherzustellen. Sie wird von der Stadt, der Amtskorporation Stuttgart und der Stuttgarter Allgemeinen Ortskrankenkasse mit Mitteln unterstützt, und zwar zahlen Stadtgemeinde und Amtskorporation je 10 Pf. für den Kopf der Einwohner ihres Bezirks und die Ortskrankenkasse 30 Pf. für den Kopf der Versicherten. Die Verwaltung der neuen Kasse erfolgt unentgeltlich durch die Verwaltung der Allgemeinen Ortskrankenkasse. Die ärztliche Behandlung erfolgt durch den Verein für freie Arztwahl. Aus der Kasse werden bestritten die Kosten der ärztlichen Behandlung für a) die Frauen und Kinder, letztere bis zu 14 Jahren, der zum Militärdienst Eingezogenen, soweit diese bedürftig sind; b) die Arbeitslosen und deren Familienangehörigen (Kinder bis zu 14 Jahren); c) die Frauen und Kinder bis zu 14 Jahren der als bedürftig anzusehenden Mitglieder der Allgemeinen Ortskrankenkasse. Anspruch auf freie Abgabe der Arzneimittel haben nur die Familienangehörigen der zum Heeresdienst Eingezogenen, die Arbeitslosen und deren Familien. Die Kosten des bei Ansteckungskrankheiten erforderlichen Serums übernimmt die Stadtgemeinde und die Amtskorporation, falls die Angehörigen der Erkrankten dies nicht aus eigenen Mitteln bestreiten können. Alle übrigen ärztlich verordneten notwendigen Arzneimittel werden aus der Kriegsunterstützungskasse bestritten. Hierzu wird a) die monatlich etwa 1800 M. betragende Liebesgabe der Beamten des Ortskrankenkassenverbandes, b) ein vom städtischen Hilfsausschuß zu gebender Beitrag von monatlich 1400 M., c) ein solcher des Hilfsvereins Stuttgart-Amt von 300 M. verwendet. Der etwa erforderlich werdende Mehrbetrag ist aus Mitteln der Kriegsunterstützungskasse zu bestreiten. Sämtliche in der Stadt Stuttgart auftretenden Infektionskrankheiten sollen zur Vermeidung der Weiterverbreitung möglichst durch Einweisung in die in Stuttgart eingerichteten erweiterten Krankenanstalten behandelt werden. Die Kosten hierfür werden von der Stadt und den Ortskrankenkassen nach näher festgesetzten Vorschriften gemeinsam getragen.

Entwurf einer Satzung für die hausgewerbliche Krankenversicherung im Gemeindebezirk Berlin.

Auf Grund des Gesetzes zur Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen vom 4. August 1914 wird die hausgewerbliche Krankenversicherung für den Gemeindebezirk Berlin wie folgt geregelt:

I. Hausgewerbtreibende im Sinne dieser Satzung sind die im § 162 RVO. näher bezeichneten Personen. Die Versicherung erfolgt ausschließlich bei der hiesigen allgemeinen Ortskrankenkasse.

Arbeitgeber von Hausgewerbtreibenden ist jeder, der Hausgewerbtreibende beschäftigt. Auftraggeber im Sinne dieser Satzung ist derjenige, für dessen Rechnung und Verbrauch auf Bestellung oder auf Vorrat Waren angefertigt werden. Personen, die für eigene Rechnung und Verbrauch und gleichzeitig für Rechnung und Verbrauch Dritter Waren anfertigen, gelten nur soweit als Auftraggeber, als sie die Erzeugnisse für sich herstellen.

Die innerhalb der Betriebsräume eines Hausgewerbtreibenden arbeitenden Personen sind Werkstattarbeiter und unterliegen der allgemeinen Versicherungspflicht.

II. Sämtliche Hausgewerbtreibenden unterliegen der Versicherungspflicht. Auf ihren Antrag werden jedoch diejenigen, die regelmäßig mindestens zwei Hilfskräfte beschäftigen, für ihre eigene Person von der Versicherungspflicht befreit, wenn sie nachweisen, daß ihnen ein jährliches Gesamteinkommen von mindestens 2500 M. sicher ist. Ueber den Antrag auf Befreiung entscheidet der Kassenvorstand. Die Befreiung wirkt vom Eingang des Antrages ab. Wird der Antrag abgelehnt, so entscheidet auf Beschwerde das Versicherungsamt endgiltig.

Digitized by Google

III. Die Mitgliedschaft der Hausgewerbtreibenden beginnt mit dem Tage des Inkrafttretens dieser Satzung bzw. beim Eintritt in die Beschäftigung.

Die Mitgliedschaft derjenigen Hausgewerbtreibenden, die regelmäßig mindestens zwei Hilfskräfte beschäftigen, erlischt, sobald sie ihre Tätigkeit als Hausgewerbtreibende nicht nur vorübergehend aufgegeben haben. Die Mitgliedschaft der übrigen Hausgewerbtreibenden erlischt mit Beendigung der Beschäftigung. Für den Verlust und die Fortdauer der Mitgliedschaft gelten die §§ 178, 311—314 RVO.

IV. Die Hausgewerbtreibenden, welche im Gemeindebezirk Berlin ihren Betriebssitz haben, werden durch ihre unmittelbaren Arbeitgeber gemeldet, gleichgültig, ob diese selbständige Unternehmer oder Hausgewerbtreibende sind. Abweichend hiervon haben Hausgewerbtreibende, welche regelmäßig Hilfspersonen beschäftigen und für einen selbständigen, für eigene Rechnung arbeitenden Gewerbtreibenden tätig sind, die An- und Abmeldungen für ihre eigene Person selbst vorzunehmen. Sie haben ihrem Auftraggeber diese Anmeldung ihrer eigenen Person nachzuweisen. Geschieht dies nicht innerhalb einer Woche nach Eintritt in die Beschäftigung, so ist der Auftraggeber auch in diesem Falle zur Anmeldung verpflichtet.

Die Bestimmungen der §§ 317, 318 und 530, 531 RVO. gelten entsprechend.

V. Die Hausgewerbtreibenden werden entsprechend ihrem jährlichen Arbeitsverdienst in die satzungsmäßigen Lohnstufen der Allgemeinen Ortskrankenkasse eingereiht. Bestand die hausgewerbliche Beschäftigung erst kürzere Zeit, so gilt der für diese Zeit festgestellte Arbeitsverdienst als Grundlage für die Zuteilung zu einer Lohnstufe. Ist eine derartige Feststellung nicht möglich, so wird der Verdienst zugrundegelegt, den ein gleichartiges Mitglied in dem betreffenden Gewerbszweige zu erzielen pflegt. So weit nicht größerer Arbeitsverdienst nachgewiesen ist, wird der höchste Grundlohn für männliche Personen auf 4 M., für weibliche Personen auf 3 M. festgesetzt.

VI. Der Anspruch auf die Kassenleistungen entsteht für die Hausgewerbtreibenden mit Beginn ihrer Mitgliedschaft. Hinsichtlich der Beiträge für die durch diese Satzung der Krankenversicherungspflicht unterworfenen Personen gelten die für die sonstigen Mitglieder maßgebenden Vorschriften der Kassensatzung, soweit nicht durch die vorliegende Satzung eine besondere Regelung erfolgt.

VII. Die Hausgewerbtreibenden haben Ansprüche auf die Regelleistungen nach der Reichsversicherungsordnung, sofern nicht die Kassensatzung ihnen Mehrleistungen durch besondere Bestimmungen einräumt.

VIII. Hausgewerbtreibende, die nach Nr. IV dieser Satzung ihre Anmeldung selbst vorzunehmen haben, müssen die vollen Kassenbeiträge für ihre eigene Person allein tragen und an die Kasse abführen. Im übrigen ist zur Zahlung der Beiträge derjenige verpflichtet, dem als Arbeitgeber die Anmeldung zur Krankenkasse obliegt. Derselbe ist berechtigt, $^2/_3$ der gezahlten Beiträge seinen Beschäftigten spätestens bei der zweiten Lohnzahlung abzuziehen.

IX. Rückstände werden wie Gemeindeabgaben beigetrieben. Dem Beitreibungsverfahren geht eine Mahnung voran.

Sind bei einem Hausgewerbtreibenden, welcher Hilfspersonal beschäftigt, die Beiträge nicht beitreibbar, so ist jeder Auftraggeber, an den der Schuldner noch eine Lohnforderung hat, verpflichtet, auf Aufforderung der Kasse die Beiträge bei der nächsten Lohnzahlung in Abzug zu bringen. Tut er dies nicht, so haftet er für dieselben ebenso wie der Schuldner.

X. Zur Deckung der Kosten der Krankenversicherung der Hausgewerbtreibenden müssen die Auftraggeber Zuschüsse leisten.

Jeder Auftraggeber ist verpflichtet, ein besonderes Verzeichnis der für ihn arbeitenden Hausgewerbtreibenden zu führen, aus dem Name, Wohnung und Entgelt dieser Personen hervorgeht. Der Auftraggeber hat allmonatlich innerhalb der ersten zwei Wochen der Krankenkasse die Gesamtsumme der von ihm an Hausgewerbtreibende gezahlten Löhne mitzuteilen und gleichzeitig ½ vom Hundert dieser Summe ausschließlich aus seinen Mitteln auf seine Kosten an die Kasse abzuführen. Abzüge irgend welcher Art sind nicht statthaft.

Die Kasse kann mit dem Auftraggeber widerruflich vereinbaren, daß die Angabe der Löhne und die Abführung der Zuschüsse vierteljährlich erfolgt.

Die Auftraggeber sind verpflichtet, den Kassen auf Erfordern jederzeit Einsicht in die Verzeichnisse zu ermöglichen.

XI. Auftraggeber, die den ihnen in Absatz X dieser Satzung auferlegten Pflichten nicht nachkommen, können nach § 530 RVO mit Geldstrafen bis zu 300 M. bestraft werden. Diese Strafen verhängt das Versicherungsamt. Auf Beschwerde entscheidet das Oberversicherungsamt endgiltig. Die Bestimmungen der §§ 139 und 532 RVO. finden auf diese Satzung entsprechende Anwendung.

XII. Soweit es für die Ansprüche auf Unterstützungen von Bedeutung ist, gilt für die vor dem 4. August 1914 versichert gewesenen Hausgewerbtreibenden die Zeit bis zum Wiedereintritt der Versicherung nicht als Unterbrechung der Mitgliedschaft.

Statutarische Bestimmungen für die hausgewerbliche Krankenversicherung bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse Stuttgart während des Krieges.

Auf Grund übereinstimmender Beschlüsse des Gemeinderats und des Bürgerausschusses der Stadt Stuttgart vom 22. Oktober 1914, des Bezirksrats des Amtsoberamts Stuttgart vom 26. Oktober 1914 vorbehältlich der Zustimmung der Amtsversammlung des Amtsoberamts, und des Vorstandes der Allgem. Ortskrankenkasse Stuttgart vom 26. Oktober 1914 sowie mit Genehmigung des Kgl. Oberversicherungsamts Stuttgart vom 2. November 1914 sind für die Regelung der hausgewerblichen Krankenversicherung im Bezirk der Allgemeinen Ortskrankenkasse Stuttgart nachstehende statutarische Bestimmungen erlassen worden:

1. Hausgewerbtreibende, die im Kassenbezirk ihre eigene Betriebsstätte haben und nicht nach § 168 RVO. versicherungsfrei sind, sowie ihre hausgewerblich Beschäftigten, werden ohne Rücksicht auf den Betriebssitz ihrer Auftraggeber bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse Stuttgart versichert.

Die für die allgemein versicherungspflichtigen Personen geltenden Vorschriften der RVO. und der Kassensatzung finden auf sie nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen Anwendung.

Digitized by Google

2. Die Hausgewerbtreibenden und ihre hausgewerblich Beschäftigten erhalten sämtliche Leistungen wie solche in den §§ 27 ff der Kassensatzung aufgeführt sind. Für die baren Leistungen ist der nach § 26 der Kassensatzung festgesetzte Grundlohn maßgebend.

3. Die unmittelbaren Auftraggeber der Hausgewerbtreibenden haben diese, die Hausgewerbtreibenden ihre hausgewerblich Beschäftigten an- und abzumelden. Die §§ 317—319, 322, 345, 530, 531, 534 RVO. gelten entsprechend.

4. Für die Beitragszahlung gelten die §§ 393 bis 405 RVO. und die §§ 60—64 der Kassensatzung nach Maßgabe folgender Bestimmungen:

a) Die unmittelbaren Auftraggeber der Hausgewerbtreibenden haben die Beiträge für diese einzuzahlen. Beschäftigen die unmittelbaren Auftraggeber die Hausgewerbtreibenden als Zwischenpersonen im Auftrag Dritter, so können auch die Dritten, sofern sie im Kassenbezirk ihren Betriebssitz haben, auf Zahlung in Anspruch genommen werden, wenn die Zwischenpersonen sie als ihre Auftraggeber bezeichnen oder wenn die Zwischenpersonen mit der Beitragszahlung in Rückstand kommen. In diesem Fall haben die Zwischenpersonen bei Vermeidung der in § 530 Abs. 1 RVO. vorgesehenen Strafe binnen einer Woche nach schriftlicher Zahlungsaufforderung durch die Krankenkassen ihren Auftraggeber zu bezeichnen; diese Verpflichtung entfällt, sobald die Beiträge bezahlt sind. Auf mehrere Zwischenpersonen hintereinander finden diese Bestimmungen sinngemäße Anwendung; die einwöchige Frist beginnt für jede Zwischenperson mit dem Zeitpunkt, in welchem sie die schriftliche Zahlungsaufforderung der Kasse enthält.

b) die Hausgewerbtreibenden haben die Beiträge für ihre hausgewerblich Beschäftigten einzuzahlen. Für die Einzahlung können auch ihre Auftraggeber in Anspruch genommen werden, wenn die Hausgewerbtreibenden diese bezeichnen, oder wenn sie mit der Beitragszahlung in Rückstand kommen. In diesem Fall haben die Hausgewerbtreibenden bei Vermeidung der in § 530 Abs. 1 RVO. vorgesehenen Strafe binnen einer Woche nach schriftlicher Zahlungsaufforderung durch die Krankenkasse ihre Auftraggeber zu bezeichnen; diese Verpflichtung entfällt, sobald die Beiträge bezahlt sind.

c) Die Zeit der Beitragszahlung bestimmt die Kassensatzung.

d) Die Beiträge für die Hausgewerbtreibenden haben zu zwei Drittel diese selbst, zu ein Drittel ihre Auftraggeber zu tragen. Zwischenpersonen können den auf sie entfallenden Beitragsteil von ihren Auftraggebern erstattet verlangen.

e) Die Beiträge für die hausgewerblich Beschäftigten haben zu zwei Drittel diese selbst, zu ein Drittel die sie beschäftigenden Hausgewerbtreibenden zu tragen. Die Hausgewerbtreibenden können den auf sie entfallenden Beitragsteil von ihren Auftraggebern erstattet verlangen.

f) Für die Zeit, in der Hausgewerbtreibende vorübergehend für eigene Rechnung arbeiten, haben sie auch die Beiträge für sich zu zahlen. Die Auftraggeber haften für die von den Hausgewerbtreibenden für diese Zeit zu zahlenden Beiträge nicht. Die Hausgewerbtreibenden haben Anfang und Ende jeder vorübergehenden Beschäftigung für eigene Rechnung bei der Kasse anzuzeigen und die für die Berechnung der auf diese Zeit entfallenden Beiträge erforderlichen Angaben zu machen.

5. Die vorstehenden Bestimmungen gelten vom 4. August 1914 ab.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und recht deutlich zu schreiben.

Ersatz zu Unrecht gewährter Leistungen.

1. Nach Rotthausen. Antwort: Die Entscheidung des Oberversicherungsamts dahin, daß die bei Ihrer Kasse angemeldeten Arbeiter, von denen diese auch Beiträge angenommen und denen sie auch Leistungen gewährt hat, vom 1. Januar 1914 ab der Ortskrankenkasse in St. zugehören, begründet grundsätzlich für Ihre Kasse gegen die letztere einen Anspruch wegen der zu Unrecht gewährten Leistungen, während die zu Unrecht an Ihre Kasse gezahlten Beiträge an die Versicherten bzw. deren Arbeitgeber zurückzuzahlen sind. Dies ist aus § 224 Nr. 2 RVO. zu entnehmen (vgl. Hahn, Handb. S. 314 Anm. 3 a) und b) zu § 224). Der Grundsatz wird aber durch § 315 RVO. durchbrochen. Danach besteht bei einer Kasse, die für einen Versicherungspflichtigen nach vorschriftsmäßiger Anmeldung drei Monate ununterbrochen und unbeanstandet die Beiträge angenommen hat, für diesen die formale Mitgliedschaft, solange sich sein Beschäftigungsverhältnis nicht ändert, auch wenn er an sich nach den gesetzlichen Bestimmungen einer anderen Kasse zugehören würde. Diese Bestimmung wird auch in Ihrem Falle gelten müssen, trotzdem in der ergangenen Entscheidung ein Vorbehalt dieserhalb nicht gemacht ist; denn es ist über diesen Gesichtspunkt von keiner Seite verhandelt worden, es bestand vielmehr nur darüber Streit, welcher Ort als Beschäftigungsort anzusehen sei. Sämtliche Arbeiter sind nunmehr bei der nach der Entscheidung allein zuständigen Kasse anzumelden.

Freiwillige Weiterversicherung.

2. Nach Naumburg a. S. Antwort: Das Recht der freiwilligen Weiterversicherung aus § 313 RVO. steht jedem Versicherungspflichtigen unter den dort angegebenen Voraussetzungen zu. Der Grund des Ausscheidens aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ist gleichgültig. Auch ein versicherungspflichtiger Bürobeamter, der in eine

Digitized by Google

pensionsberechtigte Anstellung einrückt, kann sich, auch wenn sein Einkommen sich dadurch erhöht, freiwillig weiter versichern. Er kann auch in eine niedere Klasse oder Lohnstufe übertreten, denn auch dieses Recht ist ganz allgemein gegeben und von den weiteren Verhältnissen des Versicherungspflichtigen unabhängig.

Kein Ersatzanspruch der Kranken- oder Ersatzkassen gegen die Heeresverwaltung wegen den Leistungen an Kriegsteilnehmer.

3. **Nach Hamburg.** Antwort: Wenn der verwundete Versicherte noch Anspruch auf Leistungen der Heeresverwaltung hat, so stehen diese ihm unabhängig von den Leistungen zu, die der Versicherte von der Ersatzkasse zu fordern hat; und diese Kasse ist nicht befugt, wegen ihrer Aufwendungen Ersatz von der Heeresverwaltung zu fordern. Der § 1542 (1544) RVO., der allein in Frage kommen könnte, setzt einen Schadenersatzanspruch auf Grund des bürgerlichen Rechts voraus; die Ansprüche der Militärinvaliden gegen die Heeresverwaltung sind aber Fürsorgeansprüche auf Grund öffentlichen Rechts und gehören nicht hierher (zu vgl. Entsch. des preuß. OVG. 20 S. 372).

Krankenhauspflege gilt regelmäßig nicht als „vollständiger Unterhalt" im Sinne des § 1506 Abs. 2 RVO.

4. **Nach Recklinghausen.** Antwort: Von Gewährung vollständigen Unterhalts in einer Anstalt im Sinne des § 1506 RVO. kann bei Behandlung und Verpflegung in einem Krankenhause nur dann gesprochen werden, wenn der Rentenempfänger dauernd oder doch für lange Zeit vollständig aus seinen bisherigen Lebensverhältnissen und seiner Erwerbsstellung herausgerissen ist, so daß er beispielsweise auch nicht mehr für Kleidung zu sorgen braucht und seine Wohnung aufgeben kann. Der Hinweis auf § 607 in § 1506 beweist, daß der Gesetzgeber an Invalidenhäuser, Waisenhäuser und ähnliche Anstalten, nicht aber an Krankenhäuser, gedacht hat. Krankenhauspflege wird also nur ganz ausnahmsweise als „vollständiger Unterhalt" im Sinne des § 1506 RVO. gelten können. (Zu vgl. ArbVers. 1913, S. 825).

Zeitlich getrennte ärztliche Beratungen als fortdauernde Fürsorge; Anrechnung der Zwischenzeit auf die Leistungsdauer.

5. **Landkrankenkasse A.** Antwort: Die Kasse gewährt den versicherungsfreien Ehefrauen der Mitglieder ärztliche Behandlung und Arznei bis zu vier Wochen. Diese Frist hat nicht die Bedeutung, daß an jedem Tag ein besonderer Akt der Fürsorge stattfinden muß, damit der Tag in die Frist eingerechnet werden könne, sondern es genügt, daß die Verordnungen des Arztes sich auf die Zwischenzeit mit bezogen (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. S. 228 Anm. 2e zu § 183 RVO.). Im vorliegenden Falle hat die an Gebärmuttersenkung leidende Frau die Hilfe des Arztes am 1., am 12., am 26. Oktober und neuerdings wieder am 5. November in Anspruch genommen. War sie in dieser Zeit einer Fürsorge durch ärztlichen Rat oder durch Anwendung von Heilmitteln fortdauernd bedürftig und bezogen sich auch die Anordnungen des Arztes tatsächlich nicht nur auf die einzelnen Beratungstage, sondern auch auf die Zwischenzeit, so lag ein einheitlicher Versicherungsfall vor, wegen dessen die Frau am 5. November eine Kassenleistung nicht mehr beanspruchen konnte, da die vierwöchige Leistungsdauer, vom 1. Oktober ab gerechnet, bereits abgelaufen war. War aber in der Zwischenzeit das Bedürfnis einer Heilbehandlung nicht gegeben und bezog sich demgemäß die Fürsorge des Arztes nur auf die einzelnen Beratungstage (was nicht sehr wahrscheinlich ist), so lag am 5. November ein neuer Versicherungsfall vor, der die Kasse von neuem zur Gewährung der satzungsmäßigen Leistungen für vier Wochen verpflichtet. Nötigenfalls wird eine Aeußerung des Arztes über diese Voraussetzung einzuholen sein.

Ausgleichsanspruch der Kassen gegen einander wegen des Wochengeldes.

6. **Nach Eschwege.** Antwort: Für den Beitragsanteil, welchen nach § 197 RVO. zu dem Wochengeld diejenigen Kassen zu leisten haben, bei denen die Wöchnerin während des letzten Jahres versichert war, insbesondere bezüglich der Höhe des Wochengeldes, ist nur die Satzung der leistungspflichtigen Kasse maßgebend. Beträgt also das Wochengeld bei Ihrer Kasse 80 Pf., so hat die andere Kasse Ihnen auch in dieser Höhe Ersatz zu leisten, selbst wenn bei ihr das Wochengeld niedriger ist (vgl. Hahn, Handb. S. 265 Anm. 3 zu § 197).

Ersatzanspruch des Armenverbandes für Verpflegung einer Wöchnerin.

7. **Nach Düsseldorf.** Antwort: Für die Verpflegung einer Wöchnerin in einem Wöchnerinnenheim oder Krankenhaus ist dem Armenverbande nach § 1533 No. 3 aus dem der Wöchnerin zustehenden Wochengeld in Höhe der Hälfte des Grundlohns für jeden Tag der gewährten Verpflegung Ersatz zu leisten. Dieser Ersatzanspruch aber ist nach dem im § 1533 No. 3 eingezogenen § 1506 nur begründet bis zum halben Betrage des Wochengeldes, das auf die Zeit fällt, für welche der Anspruch auf Wochengeld und die Armenunterstützung zusammenfallen. Auch die Begründung des Entwurfs der RVO. (S. 467, 468) hebt ausdrücklich hervor, daß die Gleichzeitigkeit der Armenpflegeleistung mit dem Anspruch gegen die Krankenkasse erfordert wird, wie dies auch die Fassung des § 1531 („für die Zeit") ergibt. Ferner hebt die Begründung (S. 469) ausdrücklich hervor, daß also das Krankengeld (folglich auch das Wochengeld) in der Regel dem Versicherten zur Hälfte belassen werden.

Unständige Beschäftigung.

8. **Nach Alzey.** Antwort: Wenn die Angaben des Versicherten richtig sind, daß er in der Hauptsache als Akkordarbeiter bald hier, bald da sich betätigt und von Oekonomierat Sch. nur beschäftigt wird, wenn er keine andere Arbeit hat, und zwar jedesmal nur 2—5 Tage, so wird man annehmen müssen, daß es sich überhaupt, auch bei Sch., nur um unständige Beschäftigung handelt. Es liegt dann wohl nicht ein einheitliches Arbeitsverhältnis vor, das gewissermaßen nur durch die Akkordarbeit unterbrochen wird, es

Digitized by Google

handelt sich wohl auch nicht um eine einheitliche Arbeit so, daß jede Beschäftigung eine Fortsetzung der früheren bildet. Die Beschäftigung bei Sch. ist vielmehr offenbar eine ganz gelegentliche derart, daß es ganz von dem Belieben des Arbeitgebers abhängt, ob und in welchem Umfange er den Arbeiter wieder von neuem beschäftigen will. (Vgl. Hahn, Handb. S. 618 Anm. 3 zu § 441 RVO.) Der Arbeiter wird also zu Recht bei Ihrer Landkrankenkasse als Mitglied geführt.

Widerstand des Kranken gegen ein Heilverfahren.

9. Nach Berlin. Antwort: a) Widersetzt sich der Kranke grundlos einer ärztlichen Maßnahme, so wird ihm nach § 192 Nr. 2 KVO. für die Zeit, für die er auf diese Weise vorsätzlich seine Wiederherstellung verzögert, das Krankengeld verweigert werden können (Vgl. Hahn, Handb. der KrVers. S. 255, Anm. 6a zu § 192 RVO.); ein Recht, ihm die Krankenpflege gänzlich zu verweigern, wird man der Kasse nicht zugestehen können; die Krankenpflege wird vielmehr dem Kranken in jedem Falle insoweit zu gewähren sein, als er sie annimmt. Es kann nur noch die Festsetzung von Strafen nach § 529 RVO. und ihre Aufrechnung nach § 223 in Frage kommen. Anders liegt die Sache, wenn der Versicherte eine begründete Einweisung ins Krankenhaus nicht befolgt. Hier folgt aus dem Wahlrechte der Kasse (§ 184), daß der Versicherte für die Dauer seines ablehnenden Verhaltens jeden Anspruch verliert (Hahn, S. 234, Anm. 3c zu § 184).

b) Diese Grundsätze gelten aber nur im Verhältnis des Versicherten zur Kasse. Hat die Berufsgenossenschaft das Heilverfahren nach § 1513 übernommen, so kann die Kasse gegen den dort vorgesehenen Ersatzanspruch der Genossenschaft nicht einwenden, daß der Versicherte seinen Anspruch gegen die Kasse durch sein Verhalten ganz oder teilweise verwirkt habe. Dies entspricht der geltenden Rechtsprechung bei Ersatzansprüchen der Armenverbände (vgl. z. B. Arb.Vers. 1907 S. 304) und muß aus gleichen Gründen auch gegenüber den Berufsgenossenschaften gelten.

Beziehungen zwischen Kranken- und Unfallversicherung nach der 13. Woche.

10. Nach Duisburg. Antwort: Die Leistungspflicht der Krankenkasse bleibt nach § 1501 RVO. auch über die 13. Woche nach dem Unfall für die satzungsmäßige Dauer bestehen, aber die Kasse kann für das, was sie vom Beginn der 14. Woche ab leistet, in den Grenzen der §§ 1502 bis 1507 Ersatz aus der Unfallentschädigung beanspruchen. Hat sie also Krankengeld für diese Zeit gezahlt, so ist ein Ersatzanspruch hierfür nur begründet bis zum halben Betrage der Rente (§§ 1505, 1506). Dabei ist zu beachten, daß die Voraussetzung für den Anspruch auf Krankengeld, und zwar auf das volle Krankengeld, gegeben sein kann, auch wenn der Versicherte von der Berufsgenossenschaft nur eine Teilrente bezieht. Denn bei der Unfallversicherung kommt es auf die Fähigkeit zum Erwerb auf dem gesamten Arbeitsmarkt, bei der Krankenversicherung dagegen nur auf die Fähigkeit des Versicherten zu seiner Berufsarbeit an, so daß er im Sinne der Krankenversicherung arbeitsunfähig sein kann, auch wenn er im Sinne der Unfallversicherung nur in der Erwerbsfähigkeit beschränkt ist. Wenn nun vom Beginn der 14. Woche ab die Berufsgenossenschaft Rente gewährt, so kann die Kasse diese Leistung auf das Krankengeld insoweit anrechnen, als sie nach den erwähnten §§ 1505, 1506 Ersatz fordern könnte, wenn sie das volle Krankengeld gezahlt hätte (§ 1510). Nicht anders verhält es sich im Falle der Krankenhauspflege, wenn diese entweder von der Kasse über die 13. Woche hinaus weitergewährt oder von der Berufsgenossenschaft von der 14. Woche ab übernommen wird. Nur kommt dann bei der Berechnung des Ersatzanspruchs der Kasse statt des Krankengeldes die Hälfte des Grundlohns in Ansatz (§ 1503), und der so errechnete Betrag ist auch derjenige, den die Kasse vom Krankengeld abrechnen kann, wenn die Berufsgenossenschaft die Krankenhauspflege für eigene Rechnung übernommen hat.

Der Anspruch auf Wochengeld entsteht nicht vor der Niederkunft.

11. Nach Nordhausen. Antwort: Der Anspruch auf das Wochengeld entsteht erst mit der Niederkunft, erst damit tritt der Versicherungsfall ein. Die Bestimmung, daß von dem Wochengeld ein Teilbetrag für zwei Wochen auf die Zeit vor der Niederkunft zu zahlen ist, ändert hieran nichts, betrifft vielmehr lediglich die Fälligkeit des zufolge des Eintritts des Versicherungsfalles zu zahlenden Wochengeldes. Erfolgt also im Falle des § 214 RVO. die Niederkunft erst nach Ablauf von drei Wochen nach dem Ausscheiden des Mitgliedes, so ist Wochengeld nicht zu zahlen.

Beitragspflicht bei Beendigung der Mitgliedschaft im Laufe der Woche.

12. Nach Bonn. Antwort: Da nach der Satzung Ihrer Kasse die Beiträge stets für volle Kalenderwochen erhoben werden und, sofern die Mitgliedschaft sich nicht auf eine volle Woche erstreckt, ein voller Wochenbeitrag zu zahlen ist, und da die Beiträge monatlich nachträglich eingeholt werden, so haftet, wenn ein Mitglied im Laufe der Woche aus seiner versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheidet, der Arbeitgeber für die volle Woche; der Beitrag ist von ihm der Satzung entsprechend nachträglich zu erheben. Daran kann der Umstand nichts ändern, daß das Mitglied sich freiwillig weiterversichert, nur wird allerdings für denjenigen Teil der Woche, der auf die freiwillige Mitgliedschaft entfällt, neben dem Arbeitgeber auch das Mitglied haften.

Kosten für einen Hüftstützapparat.

13. Nach Marburg. Antwort: Es sind zu unterscheiden Heilmittel und Hilfsmittel. Nach § 182 RVO. umfaßt die Krankenpflege, die die Kasse regelmäßig zu gewähren hat, auch Brillen, Bruchbänder und andere kleine Heilmittel; nach § 187 Nr. 3 kann die Satzung Hilfsmittel gegen Verunstaltung und Verkrüppelung zubilligen, die nach beendigtem Heilverfahren nötig sind, um die Arbeitsfähigkeit herzustellen oder zu erhalten. Ein Hüftstützapparat wird der Regel nach als Hilfsmittel im letzteren Sinne gelten müssen, da er nicht dem Fortgange des Heilprozesses dient. (Vgl. Hahn, Handb. S. 216 Anm. 5c zu § 182.) Aber auch, wenn man ihn als Heilmittel ansehen wollte oder müßte, würde er bei einem Preise von 70 M. nicht zu den kleinen Heilmitteln des § 182 zu zählen sein, da darunter

Digitized by Google

nur solche zu verstehen sind, deren Kosten diejenigen von Brillen, Bruchbändern u. dgl. nicht erheblich übersteigen. Die Kasse braucht solche größere Heilmittel überhaupt nicht zu gewähren und hat einen Zuschuß dazu nur zu leisten, wenn die Satzung es vorsieht (§ 193).

Rabattverpflichtung der Apotheken.

14. Nach Gelsenkirchen. Antwort: Die Verpflichtung, für die Arzneien einen Abschlag von den Preisen der Arzneitaxe zu gewähren, ist den Apotheken in § 376 RVO. ohne Einschränkung auferlegt. Gewährt die Kasse den Familienmitgliedern der Versicherten Krankenpflege, so können die Apotheken auf die diesen zu liefernden Arzneien den Rabatt nicht verweigern. Aber der Rabatt ist nur den Krankenkassen zu gewähren. Zahlen also die Familienmitglieder drei Viertel der Arzneikosten selbst, so kann für diesen Teil ein Rabatt nicht beansprucht werden.

Rückforderung von Beiträgen für Nichtversicherte.

15. Nach Eckernförde. Antwort: Auch Nichtversicherten sind allerdings unter den Voraussetzungen des § 213 RVO. die satzungsmäßigen Leistungen von der Krankenkasse zu gewähren. Solange es aber dazu nicht gekommen ist, können die zu Unrecht gezahlten Beiträge zurückgefordert werden; es würde anderenfalls grundlose Bereicherung der Kasse vorliegen (vgl. Hahn, Handb. der KrVers. S. 288 Anm. 4 zu § 213). In einem Falle dieser Art von einer „Befreiung" zu sprechen, die erst vom Eingang des Antrags wirke (wie im Falle des § 175 KVG.), ist nicht angängig.

Beendigung der Mitgliedschaft. Krankenhilfe darüber hinaus. Freiwillige Mitgliedschaft.

16. Nach Halle. Anfrage: Ein Mitglied unserer Kasse trat in ein Arbeitsverhältnis am 3. Oktober 1914 ein. Das Arbeitsverhältnis endete mit Ablauf des 12. Oktober 1914, da das Mitglied sich am 13. bei der Arbeitsstelle krank meldete. Erst am 14. Oktober suchte es den Arzt auf, der es auf 4 Wochen erwerbsunfähig schrieb. Krankengeld wurde vom 16. bis 27. Oktober gezahlt. Vom 28. Oktober ab wurde das Mitglied vom Arzt als erwerbsfähig geschrieben, blieb aber noch in ärztlicher Behandlung. Vom 13. November ab wurde es wieder als erwerbsunfähig geschrieben; das Krankengeld wurde vom 16. November ab angewiesen. Am 13. November meldete sich das Mitglied als freiwilliges Mitglied an.

a) War das Krankengeld vom 16. oder erst vom 17. Oktober ab zu zahlen?

b) Wie lange ist Krankengeld zu zahlen?

c) Wann hat die Mitgliedschaft geendet?

d) Ist das Mitglied als freiwilliges Mitglied aufzunehmen, sofern es den Nachweis führt, daß es vorher die betreffende Zeit versichert war (es war vorher freiwilliges Mitglied einer Ortskrankenkasse)?

e) Besteht überhaupt Anspruch auf Krankengeld vom 16. bezw. 13. November ab mit Rücksicht auf § 313 Abs. 2 RVO.?

Antwort: a) Das Krankengeld war schon vom 16. Oktober ab zu zahlen, vorausgesetzt, daß bereits am 13. Oktober Arbeitsunfähigkeit bestand; Beginn der Krankheit ist der Zeitpunkt, in welchem zuerst ärztliche Behandlung oder Heilmittel notwendig werden oder Arbeitsunfähigkeit eintritt. Daß das Mitglied den Arzt nicht gleich am ersten Tage aufsuchte, ist gleichgültig.

b) Da Ihre Kasse für 39 Wochen Krankenhilfe gewährt, so steht dem Mitglied an sich auf diese Zeit auch der Anspruch auf Krankengeld zu. Da aber in den Krankengeldbezug 16 Tage — vom 28. Oktober bis 12. November — fallen, an denen nur Krankenpflege gewährt wurde, so verlängert sich nach der dem § 183 RVO. entsprechenden Bestimmung Ihrer Satzung die Frist um soviel. Für die neuerliche, mit dem 13. November einsetzende Arbeitsunfähigkeit war die dreitägige Karenzzeit des § 182 RVO. nicht einzuhalten; das Mitglied war dauernd in ärztlicher Behandlung, also krank gewesen.

c) Die Mitgliedschaft endete mit dem 27. Oktober, da am Tage darauf das Mitglied nicht mehr arbeitsfähig war; nach § 311 RVO. bleiben nur Arbeitsunfähige Mitglieder, solange die Kasse ihnen Leistungen zu gewähren hat.

d) Das Mitglied ist als freiwilliges Mitglied aufzunehmen, wenn die Erfordernisse des § 313 RVO. hinsichtlich der Dauer vorangegangener Versicherung erfüllt sind. Die freiwillige Mitgliedschaft steht hierfür der Pflichtmitgliedschaft gleich.

e) § 313 Abs. 2 RVO. steht dem Anspruch auf Krankengeld, oder auf Krankenhilfe überhaupt, nicht entgegen. Der Anspruch auf die weiteren Kassenleistungen steht dem Mitglied für die Zeit nach seinem Ausscheiden als Pflichtmitglied nicht auf Grund seiner freiwilligen Mitgliedschaft, sondern aus § 214 RVO. zu.

Schadenersatzanspruch der Krankenkasse gegen den Unternehmer eines unfallversicherten Betriebs.

17. Nach Sondershausen. Antwort: Ob die Welle, in die der Versicherte bei dem Unfall geraten ist, nach polizeilichen oder nach Unfallverhütungsvorschriften der Berufsgenossenschaft verkleidet sein mußte und ob daher den Unternehmer der Vorwurf einer Fahrlässigkeit trifft, kann dahingestellt bleiben, denn der Unternehmer ist, da es sich um einen unfallversicherten Betrieb handelt, dem Versicherten nach § 898 und folglich auch der Krankenkasse nach § 1542 RVO. nur dann zum Schadenersatz verpflichtet, wenn strafrechtlich festgestellt ist, daß er den Unfall vorsätzlich herbeigeführt hat. Da hiervon im vorliegenden Falle nicht die Rede sein kann, so ist ein Anspruch der Kasse gegen den Unternehmer aussichtslos.

Verwendung des Vermögensüberschusses bei Schließung einer Kasse.

18. Nach Beelitz. Antwort: Ueber die Verwendung des Vermögensbestandes bei Schließung einer Kasse, über die nach § 303 RVO. das Versicherungsamt zu befinden hat, sind weitere Vorschriften nicht gegeben, es werden Gründe der Billigkeit entscheidend sein müssen. Kommen mehrere andere Kassen in Betracht, unter die, dem Uebergange der Mitglieder entsprechend, der Vermögensbestand zu verteilen ist, so wird allerdings in der Regel das Zahlenverhältnis der Mitglieder, die einer jeden Kasse überwiesen werden, als maßgebend

Digitized by Google

zu erachten sein; besondere Verhältnisse können aber eine Abweichung hiervon sehr wohl begründen. Ein solcher Grund könnte auch darin gefunden werden, daß eine Kasse allein sämtliche vorhandenen kranken Mitglieder übernehmen mußte (vgl. Hahn, Handb., S. 410 Anm. 1b zu § 303). Gegen die Entscheidung des Versicherungsamts ist Beschwerde an das Oberversicherungsamt gegeben.

Freiwillige Lohnzulagen sind für die Kassenbeiträge als Entgelt zu berücksichtigen.

19. **Nach Wittenberg.** Antwort: Prämien, welche einzelnen Arbeitern gewährt werden, um sie an die Stelle zu fesseln, derart, daß bei 8 Stunden Arbeitszeit der Stundenlohn für 10 Stunden gezahlt wird, Kriegszulagen, steigende Zulagen nach Tätigkeit von 6 Monaten, einem Jahr, gehören nach § 160 RVO. zum Entgelt und sind bei Berechnung der Kassenbeiträge zu berücksichtigen. Alle derartige Sondervergütungen stellen eine Entschädigung für die Tätigkeit dar, wenn sie auch freiwillig gewährt werden mögen; sie haben ihren Grund in dem Dienstverhältnis, sie können nicht als reine Geschenke angesehen werden, sie werden meistens einklagbar sein, müßten als Entgelt aber auch angesehen werden, wenn dies nicht der Fall sein sollte. Denn es genügt, daß der Arbeiter auf die Zulagen mit einiger Sicherheit rechnen kann (zu vgl. Handb. der Unf.-Vers. Bd. I, S. 240, Anm. 1 zu § 6 GUVG.

Aufsichtsbefugnisse des Versicherungsamts.

20. **Nach D.** Antwort: Auch wir können das Versicherungsamt nicht für befugt erachten, eine besondere Nachweisung über Einnahmen und Ausgaben eines von der Kasse ausgeführten Baues mit gesonderter Aufstellung bezüglich der einzelnen Posten zu verlangen. § 31 RVO. gibt der Aufsichtsbehörde zwar das Recht, jederzeit die Vorlegung aller Bücher, Rechnungen, Belege und Verhandlungen, Urkunden, Wertpapiere und Bestände sowie die Mitteilung alles dessen, was zur Ausübung des Aufsichtsrechts gefordert wird, zu verlangen; daraus kann aber die Verpflichtung des Kassenvorstandes, besondere Auszüge und Aufstellungen anzufertigen, nicht gefolgert werden. Es muß vielmehr der Aufsichtsbehörde überlassen bleiben, sich solche auf Grund der ihr vorzulegenden Unterlagen selbst herzustellen. (Vgl. Hahn, Handb. S. 51, Anm. 2 zu § 31 RVO.). Nur wird es sich für die Kasse empfehlen, sich nicht immer auf diesen starren Rechtsstandpunkt zu stellen, sondern der Aufsichtsbehörde möglichst weit entgegenzukommen, soweit es ohne erhebliche Belastung der Verwaltung geschehen kann.

Familienhilfe außerhalb des Kassenbezirks; Ersatz des Aufwandes bei Selbstbeschaffung und bei Gewährung durch den Armenverband. — Unanwendbarkeit des § 518 RVO. auf Beiträge aus § 397 Abs. 1.

21. **Nach Schwelm.** Antwort: a) Wenn die Kasse ärztliche Behandlung für die im Haushalt des Versicherten lebenden Angehörigen vorsieht, so gilt das auch für die außerhalb des Kassenbezirks Wohnenden (ArbVers. 1909 S. 679). Hat die Kasse an dem in Frage kommenden Orte keinen Kassenarzt, so sind die Kosten der Behandlung im notwendigen Betrage der wirklichen Aufwendungen zu erstatten, also unter Umständen, wenn die Aerzte des Ortes zur Behandlung für die Mindestsätze der Taxe nicht bereit sind, in höherem Betrage. Ist die Krankenpflege vom Armenverbande in einer Heilanstalt gewährt worden, so kann die Kasse den Ersatz (§ 1531 RVO.) nicht deshalb ablehnen, weil der Angehörige in dieser Zeit nicht im Haushalt des Versicherten gelebt habe; es kommt nur darauf an, daß er bei Eintritt des Versicherungsfalles Hausgenosse des Versicherten war. Der Ersatzanspruch des Armenverbandes für Krankenpflege ist im Betrage der wirklichen Aufwendungen für ärztliche Behandlung usw. begründet (Entsch. des preuß. OVG. in ArbVers. 1910 S. 550), da der letzte Satz des § 1533 sich auf den Fall der Familienhilfe nicht bezieht.

b) Wenn unsere Auskunft in Heft 22 von 1914 S. 534 Ziff. 1e Sie nicht befriedigt, so liegt das an der Fassung Ihrer Satzung. Wir wissen keine andere Möglichkeit, diese Bestimmung auszulegen.

c) Der Anspruch einer Ersatzkasse auf $^4/_5$ der Beitragsteile der Arbeitgeber nach § 518 erstreckt sich nicht auf Beiträge, die der Arbeitgeber nach § 397 Abs. 1 wegen verspäteter Abmeldung noch fortzuzahlen hat. Denn § 518 setzt voraus, daß die Mitgliedsrechte nach § 517 „ruhen". Davon kann nicht die Rede sein, wenn das Beschäftigungsverhältnis und folglich die Pflichtmitgliedschaft bei der Krankenkasse beendet ist und der Arbeitgeber nur wegen seiner Säumnis Beiträge weiter zu zahlen hat.

Wie ist zu verfahren, wenn durch Satzungsänderung die Zahl der Ausschußmitglieder im Laufe der Wahlzeit herabgesetzt wird?

22. **Nach Elbing.** Antwort: Wenn durch Satzungsänderung die Zahl der Ausschußmitglieder von 18 auf 9 herabgesetzt ist und nach der Fassung (die uns nicht vorliegt) kein Zweifel besteht, daß diese Aenderung schon vor Ablauf der Wahlzeit des gegenwärtigen Ausschusses in Kraft treten soll, so halten wir eine Neuwahl für geboten. Für das Verfahren, die 9 zuerst Gewählten im Amt zu lassen und die 9 anderen als ausgeschieden anzusehen, fehlt jede gesetzliche Grundlage.

Bildung eines Sondervermögens nach § 294 RVO.

23. **Nach D.** Antwort: Es läßt sich nicht allgemein sagen, wann der Vermögensüberschuß im Sinne des § 294 Abs. 2 RVO. (Art. 14 EinfGes.) groß genug ist, um ein Sondervermögen zu bilden. Es kommt nicht allein auf den Betrag des Ueberschusses, sondern auch auf sein Verhältnis zur Zahl der aufgenommenen Mitglieder an. Ein Betrag, der es ermöglicht, für jedes dieser Mitglieder 30 M. Zuschlag zum Sterbegeld zu zahlen, ist sicher groß genug (zu vgl. Begr. S. 191), aber wir würden dasselbe auch bei einem Zuschlag von 10 M. und sogar von 5 M. annehmen, wenn nicht etwa der Gesamtbetrag so geringfügig wäre, daß es nicht lohnend erscheint, deshalb die Kasse mit der gesonderten Vermögensverwaltung zu belasten. Im übrigen verweisen wir noch auf die Ausführungen in ArbVers. 1913 S. 269, gegen die wir freilich Bedenken haben (vgl. Anm. daselbst S. 270).

Für die Redaktion verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 64.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Dippe; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe; Geh. Regierungsrat Professor Dr. Laß, Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Rat Dr. Olshausen; Geheimrat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1086 der ganzen Folge

21. Jahrgang | 21. Dezember 1914 | Heft 36

Kann bei Anwendung der §§ 170, 171 der RVO. der Zeitpunkt für den Beginn der Versicherungsfreiheit in die Vergangenheit gelegt werden?

Vom Wirklichen Geheimen Ober-Regierungsrat Dr. Hoffmann in Berlin-Grunewald.

Nach § 17 RVO. muß die oberste Verwaltungsbehörde Personen, die in Betrieben oder im Dienste anderer öffentlicher Verbände oder öffentlicher Körperschaften als des Reichs, eines Bundesstaats, eines Gemeindeverbandes, einer Gemeinde oder eines Versicherungsträgers beschäftigt sind, von der Krankenversicherungspflicht befreien, wenn ihnen gegen ihren Arbeitgeber ein Anspruch mindestens entweder auf Krankenhilfe in Höhe und Dauer der Regelleistungen der Krankenkassen oder für die gleiche Zeit auf Gehalt, Ruhegeld, Wartegeld oder ähnliche Bezüge im anderthalbfachen Betrage des Krankengeldes gewährleistet ist. Das Gleiche gilt für Beamte und Bedienstete der landesherrlichen Hof-, Domanial-, Kameral-, Forst- und ähnliche Verwaltungen, der Herzoglich Braunschweigischen Landschaft und der Fürstlich Hohenzollernschen Fideikommißverwaltung. Nach § 171 RVO. kann die oberste Verwaltungsbehörde auf Antrag des Arbeitgebers bestimmen, wieweit auch die in Betrieben oder im Dienste nicht öffentlicher Körperschaften oder als Lehrer und Erzieher an nicht öffentlichen Schulen oder Anstalten Beschäftigten versicherungsfrei sind, wenn ihnen gegen ihren Arbeitgeber einer der bezeichneten Ansprüche gewährleistet ist.

Während das Reich und die Bundesstaaten ihren Beschäftigten einen der Ansprüche zum 1. Januar 1914, dem Zeitpunkte des Inkrafttretens des zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung, zugesichert und damit rechtzeitig die Versicherungsfreiheit herbeigeführt haben, haben nicht nur die anderen öffentlichen Körperschaften einschließlich der Gemeinden und Gemeindeverbände, sondern auch die nicht öffentlichen Körperschaften, Schulen und Erziehungsanstalten vielfach erst nach dem 1. Januar 1914 die Befreiung ihrer Beschäftigten sowie ihrer Lehrer und Erzieher bei der obersten Verwaltungsbehörde beantragt. Infolgedessen mußten die Beschäftigten bei der zuständigen Krankenkasse angemeldet und versichert werden; es sind auch für sie Beiträge erhoben und Unterstützungen gewährt worden. In manchen Fällen ist von der obersten Verwaltungsbehörde der Zeitpunkt für den Eintritt der Versicherungsfreiheit nachträglich auf den 1. Januar 1914 oder doch in die Vergangenheit verlegt worden. Daraufhin haben die Arbeitgeber die Beziehungen zu den Krankenkassen gelöst und die Rückzahlung der für ihre Beschäftigten gezahlten Beiträge von der Kasse verlangt. Diese haben häufig die Rückzahlung mit der Begründung abgelehnt, daß die oberste Verwaltungsbehörde nicht berechtigt gewesen sei, den Zeitpunkt der Befreiung zurückzuverlegen und daß es bei dem einmal begründeten Versicherungsverhältnis bis zum Zeitpunkte, in

Digitized by Google

dem die Anordnung der obersten Verwaltungsbehörde getroffen sei, sein Bewenden behalten müsse. In jedem Falle wollen aber die Krankenkassen die in der Zwischenzeit gewährten Unterstützungen auf die gezahlten Beiträge anrechnen und um diesen Betrag die Summe der zurückgeforderten Beiträge kürzen. Dieses Verhalten der Krankenkassen kann in allen Punkten als gesetzmäßig nicht angesehen werden.

Wenn zunächst die Berechtigung der obersten Verwaltungsbehörde zur Zurückverlegung des Zeitpunktes für den Eintritt der Versicherungsfreiheit in Frage gezogen wird, so gibt es keine Vorschrift, die der obersten Verwaltungsbehörde die Bestimmung des Zeitpunktes für die Vergangenheit verbietet oder für die Zukunft vorschreibt, ebenso wie für das Reich, die Bundesstaaten, Gemeinden usw. keine Verpflichtung besteht, die Befreiung ihrer Beschäftigten auf Grund des § 169 RVO. für die Zukunft zu beschließen. Fehlt es aber an einer solchen Anweisung im Gesetze, so können unmöglich die Versicherungsbehörden, die nach § 405 Abs. 2 RVO. über das Versicherungsverhältnis in der rückliegenden Zeit zu entscheiden haben würden, als berechtigt angesehen werden, darüber zu befinden, ob die oberste Verwaltungsbehörde einen anderen Zeitpunkt als den gewählten hätte bestimmen sollen. Das würde darauf hinauskommen, daß die Spruchbehörde an Maßnahmen der obersten Verwaltungsbehörde, für die diese allein die Verantwortung trägt, Kritik üben könnte; dies erscheint um so weniger berechtigt, als die Kritik zu keinem praktischen Erfolge führen würde. Denn auf der einen Seite würden die Versicherungsbehörden nicht selbst einen abweichenden Zeitpunkt in ihrer Entscheidung festsetzen können, da sie damit unmittelbar in die Befugnis der obersten Verwaltungsbehörde eingreifen würden. Auf der andern Seite würde die oberste Verwaltungsbehörde, auf die Entscheidung der Versicherungsbehörden hin eine andere Entscheidung zu treffen, mit Recht ablehnen, da sie für die von ihr getroffene Entscheidung auch in allen Einzelheiten die maßgebende Stelle ist; es würde also alles beim alten bleiben. Daraus muß gefolgert werden, daß die Festsetzung des Zeitpunktes für den Eintritt der Versicherungsfreiheit für alle Behörden und Beteiligten unabänderlich maßgebend ist, einerlei ob der Krankenkasse oder dem Arbeitgeber oder den Versicherten der Zeitpunkt genehm ist oder nicht.

Allerdings entstehen für die Krankenkassen durch die Zurückverlegung des Zeitpunktes mancherlei Unbequemlichkeiten; sie müssen die Beiträge zurückzahlen und haben womöglich Unterstützungen gezahlt, für die sie keine Gegenleistung erhalten haben. Darum wird in Preußen im allgemeinen daran festgehalten, daß der Zeitpunkt in der Zukunft bestimmt wird, wie dies bei der Entscheidung von Streitigkeiten über Kassenzugehörigkeit der Betriebe auf Grund des § 57 b KVG. durch Erlaß vom 27. März 1905 (HMBl. S. 70) vorgeschrieben war. Nur unmittelbar nach dem Inkrafttreten der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die Krankenversicherung, wo den Krankenkassen die Durchführung der Versicherung für die neu versicherten Personen noch nicht gelungen war, ist öfter der Zeitpunkt auf den 1. Januar 1914 zurück verlegt worden. Sonst ist immer der Nachweis einer Verständigung zwischen Kasse und Arbeitgeber verlangt worden. Wenn hiernach erhebliche Zweckmäßigkeitserwägungen für die Bestimmung des Zeitpunktes über den Beginn der Versicherungsfreiheit in der Zeit nach Stellung des Antrags sprechen, so kann doch keineswegs daraus gefolgert werden, daß die Bestimmung eines früheren Zeitpunktes unzulässig ist.

Da der Arbeitgeber gegenüber der Kasse der Zahlungspflichtige ist, so hat nur er nach §§ 812 ff BGB. einen Anspruch auf Rückzahlung der ganzen inzwischen für seine Beschäftigten eingezahlten Beiträge; vgl. Reichsgericht, Entsch. in Zivilsachen vom 26. April 1907 (Bd. 66 S. 77). Streitigkeiten werden nach § 405 Abs. 2 RVO. im Beschlußverfahren entschieden. Diesen Anspruch hat er unbekümmert darum, daß die Kasse etwa an einzelnen der Beschäftigten Krankenunter-

Digitized by Google

stützung gezahlt hat, denn ihm gegenüber, der für die Kassenleistungen nicht Empfänger ist, ist die Kasse zur Aufrechnung nicht berechtigt. Nur von dem Empfänger der Krankenunterstützung, also von dem Versicherten selbst, kann die Kasse den Wert der Unterstützungen insbesondere auch den Betrag des Krankengeldes nach §§ 812 ff. BGB. zurückfordern und zwar im ordentlichen Rechtswege, da das Spruchverfahren nach § 224 Nr. 2 RVO. wegen Ersatzes irrtümlich gewährter Unterstützungen nur zwischen Kassen Platz greift. Die Versicherten selbst können die ihnen vom Lohne abgezogenen Beitragsteile vom Arbeitgeber gleichfalls auf Grund der §§ 812 ff. BGB. zurückverlangen und zwar bei Streit nach § 405 Abs. 1 RVO. im Beschlußverfahren.

Aus diesen ziemlich verwickelten Verhältnissen ergibt sich leicht eine Erklärung für die Abneigung der Krankenkassen gegen die Zurückverlegung des Zeitpunktes für die Versicherungsfreiheit. Hervorzuheben ist noch, daß die Versicherungsfreiheit mit dem von der obersten Verwaltungsbehörde bestimmten Zeitpunkte von selbst eintritt und daß es insbesondere eine Abmeldung der versicherungsfrei gewordenen Beschäftigten nicht bedarf.

Anmerkung der Schriftleitung: Wir haben in Heft 32 S. 762 Anm. einen abweichenden Standpunkt vertreten, den wir durch die vorstehenden Ausführungen nicht für widerlegt erachten können.

Das Unterlassen vorschriftsmäßiger Abmeldung bei der Krankenkasse.

Von Magistratsassessor Dr. Goerlitz in Breslau.

Orts-, Land- und Innungskrankenkassen haben an vorschriftsmäßiger Abmeldung ihrer Pflichtmitglieder ein großes Interesse. Erfolgen die Abmeldungen nicht vorschriftsmäßig, insbesondere verspätet, so laufen die Krankenkassen Gefahr, unberechtigte Ansprüche der aus der Beschäftigung Ausgeschiedenen zu erfüllen, und verlieren die Möglichkeit, die Zahl der Versicherten so genau, wie es in mancher Hinsicht erwünscht ist, festzustellen. Die RVO. sorgt daher für die Einhaltung der Abmeldevorschriften in mehrfacher Weise. § 397 Abs. 1 RVO. legt dem Arbeitgeber die durch keine Kassenmitgliedschaft hervorgerufene, mithin rechtlich eigenartige Verpflichtung auf, die Beiträge bis zur vorschriftmäßigen Abmeldung fortzuzahlen, während in § 530 Abs. 2 und 4 RVO. das Versicherungsamt die Befugnis erhält, gegen den die Abmeldevorschriften Verletzenden eine Geldstrafe bis zu 20 M. zu verhängen.

Einigkeit herrscht darüber, daß § 530 Abs. 2 RVO. als Strafvorschrift ein Verschulden (Vorsatz oder Fahrlässigkeit) des Arbeitgebers oder des Angestellten, dem der Arbeitgeber die ihm nach dem Gesetz zukommenden Pflichten übertragen hat (§ 534 RVO.), voraussetzt. Die Strafbarkeit des Arbeitgebers und dieses Angestellten ist nach dem Vorbilde der bürgerlich-rechtlichen Haftung für unerlaubte Handlungen (§§ 823, 831 BGB.) vom Verschulden abhängig gemacht; nur bedarf es zur Bestrafung des Arbeitgebers nach § 534 Abs. 2 Nr. 2 RVO. entsprechend einem allgemeinen Strafrechtsgrundsatze der Feststellung von Amts wegen, daß er die erforderliche Sorgfalt bei Auswahl und Beaufsichtigung des Angestellten nicht beobachtet hat, während die Haftungsvorschrift des § 831 BGB. von der Vermutung, daß der Geschäftsherr diese Sorgfalt nicht angewandt habe, ausgeht und ihm den Entlastungsbeweis überläßt. Ebenso unbestritten wie die Ansicht, daß § 530 Abs. 2 RVO. ein Verschulden des Täters erfordere, ist die, daß nach § 397 Abs. 1 RVO. die Pflicht des Arbeitgebers zur Fortzahlung der Beiträge nicht bloß dann, wenn er die vorschriftsmäßige Abmeldung schuldhaft unterlassen habe, gegeben sei. Ungeklärt ist aber die Frage, ob diese Pflicht zur Fortzahlung in allen Fällen, in denen ein Verschulden des Arbeitgebers nicht vorliegt, besteht, ob sie insbesondere auch bei tatsächlicher Unmöglichkeit,

Digitized by Google

die Abmeldung vorschriftsmäßig zu bewirken, anzuerkennen ist. Das Kammergericht läßt in der Entscheidung vom 16. März 1909 (ArbVers. 1910 S. 212) diese Frage dahingestellt; es hat offenbar Bedenken gegen die Annahme der Verpflichtung zur Beitragsfortzahlung, wenn vorschriftsmäßige Abmeldung tatsächlich unmöglich gewesen ist. Es erscheint auch wirklich unbillig, daß einem Arbeitgeber, der durch Eindringen feindlicher Truppen ins Land, durch Kriegsgefangenschaft, durch schwere Erkrankung oder andere unabwendbare Vorgänge verhindert worden ist, die Abmeldevorschriften innezuhalten, Beiträge bis zur Erfüllung dieser Vorschriften zur Last fallen sollen. Die Krankenkasse kann sich aber in derartigen Fällen nicht von Billigkeitsrücksichten leiten lassen, denn § 397 Abs. 1 RVO. enthält zwingendes Recht und gewährt im Gegensatze zu § 530 RVO. dem Ermessen keinen Spielraum. Ein befriedigendes Ergebnis läßt sich nur dann erzielen, wenn man Wesen und Tragweite des § 397 Abs. 1 RVO. nach einer ihm verwandten Schöpfung der Rechtsordnung bestimmt.

Das Rechtsgebilde des bürgerlichen Rechtes, dem § 397 Abs. 1 RVO. stark ähnelt, ist der Verzug des Schuldners, das Nichtleisten des Schuldners nach dem Eintritte der Fälligkeit (§ 284 ff. BGB.). Die Wirkungen, die der Verzug auslöst, sind derart gestaltet, daß sie einen Druck auf den Schuldner, rechtzeitig zu leisten, ausüben und eine, wenn auch nur mögliche Schädigung des Gläubigers bei Ausbleiben der Leistung tunlichst ausgleichen. Die vom Schuldner bei Nichterfüllung seiner Verbindlichkeit versprochene Vertragsstrafe ist mit dem Verzuge des Schuldners, mag auch kein Schaden für den Gläubiger damit verbunden gewesen sein, verwirkt (§ 339 BGB.). Auch eine unverzinsliche Geldschuld ist während des Verzuges zu verzinsen (§ 288 BGB.). Die §§ 286 und 287 BGB. enthalten das Nähere über Schadensersatzpflicht und Haftungsverschärfung. Wirkungen gleicher Art knüpft § 397 Abs. 1 RVO. an das Unterlassen rechtzeitiger Abmeldung. Die weiterlaufenden Beiträge halten zu alsbaldiger Abmeldung an und sind als Befriedigung der Krankenkasse für die Verletzung ihres berechtigten Interesses an rechtzeitiger Abmeldung, mag im Einzelfalle infolge der Verletzung ein Schaden entstanden sein oder nicht, anzusehen. Der Verzug des Schuldners setzt nach § 285 BGB. kein Verschulden des Schuldners voraus. Auch darin gleicht er § 397 Abs. 1 RVO. § 285 BGB. stellt aber ein anderes Erfordernis für den Verzug auf: Der Schuldner kommt nicht in Verzug, wenn er den Grund, aus dem die Leistung unterbleibt, nicht zu vertreten hat. Nach den §§ 276, 278 BGB. hat der Schuldner eigenes Verschulden und Verschulden der Personen, deren er sich zur Erfüllung seiner Verbindlichkeit bedient, zu vertreten. Eine Verwendung dieser Grundsätze im Wege der Rechtsanalogie bei § 397 Abs. 1 RVO. unterliegt keinen Bedenken. Das Gesetz, das, wie ausgeführt, die Strafbarkeit des Arbeitgebers und Angestellten nach dem Vorbilde der Haftung für unerlaubte Handlungen regelt, und die Rechtsprechung der Versicherungsbehörden, in der vor allem die Bestimmungen des § 812 BGB. über ungerechtfertigte Bereicherung ständig Anwendung finden, rechtfertigen es, wenn bei Bedürfnis Vorschriften über Schuldverhältnisse des bürgerlichen Rechtes auf ein Schuldverhältnis des Reichsversicherungsrechtes übertragen werden. Bei Berücksichtigung der Grundsätze der §§ 276, 278 BGB. erhält § 397 Abs. 1 RVO. eine angemessene Tragweite. Der Arbeitgeber hat die Beiträge fortzuentrichten, wenn ihn selbst oder den Angestellten, dem er seine Pflichten übertragen hat, oder seinen sonstigen Erfüllungsgehilfen, z. B. den Boten, der die Abmeldung zur Krankenkasse hat tragen sollen, ein Verschulden am nicht rechtzeitigen Eingange der Abmeldung trifft. Die Pflicht zur Fortzahlung der Beiträge besteht somit in den zahlreichen Fällen des täglichen Lebens, in denen die Abmeldungen nicht rechtzeitig erfolgen. Nur wenn der Arbeitgeber dartut, daß ein unabwendbarer Vorgang die rechtzeitige Abmeldung verhindert habe, kommen weitere Beiträge nicht in Frage. „Verzugsbeiträge" sind dann nicht entstanden.

Digitized by Google

Die Auffassung der Beiträge nach § 397 Abs. 1 RVO. als Verzugsbeiträge hat wichtige Folgen. § 383 RVO., nach dem bei Arbeitsunfähigkeit für die Dauer der Krankenhilfe keine Beiträge zu entrichten sind, kann die Pflicht des Arbeitgebers zur Entrichtung von Verzugsbeiträgen nicht berühren. § 383 RVO. will durch Aufhebung der Beitragspflicht während der Arbeitsunfähigkeit das Fortbestehen des Beschäftigungsverhältnisses fördern und dem auf das Krankengeld angewiesenen Versicherten eine Last abnehmen, aber nicht den Arbeitgeber, der seinen Versicherungspflichtigen entlassen, jedoch nicht rechtzeitig abgemeldet hat, von Verzugsbeiträgen befreien. Mit Recht wird daher von Düttmann-Appelius (Anm. 2b zu § 397 RVO.) angenommen, daß § 397 Abs. 1 RVO. auch dann anzuwenden sei, wenn auf die Entlassung Arbeitsunfähigkeit folge. Ebenso wenig kann, wie die Schriftleitung der Arbeiter-Versorgung 1914 S. 614 gegenüber der Entscheidung des Oberversicherungsamts Münster mit Recht hervorhebt, die Pflicht des Arbeitgebers zur Zahlung von Verzugsbeiträgen dadurch beeinflußt werden, daß der Versicherungspflichtige eine andere versicherungspflichtige Beschäftigung aufnimmt oder seine Versicherung freiwillig fortsetzt. Verzugsbeiträge und ordentliche Beiträge laufen dann nebeneinander. Auch der Tod des Arbeitnehmers schaltet, wie Kleeis (ArbVers. 1909 S. 161 f.) zutreffend ausführt, die Anwendung von § 397 Abs. 1 RVO. (§ 52 KVG.) nicht aus. Nur wenn der Versicherungspflichtige bei demselben Arbeitgeber wieder in versicherungspflichtige Beschäftigung tritt, wird mit Hahn (Handb., Anm. 1 zu § 397 RVO.) anzunehmen sein, daß neben den ordentlichen Beiträgen keine weiteren Verzugsbeiträge zu entrichten sind. Mit der neuen Anmeldung durch denselben Arbeitgeber erlischt das Interesse der Krankenkasse an der Abmeldung, während dies bei der Anmeldung durch einen anderen Arbeitgeber schon mit Rücksicht auf die Möglichkeit einer doppelten Beschäftigung nicht der Fall ist.

Es bedarf noch der Prüfung, ob die Krankenkasse dem wegen Verletzung der Abmeldevorschriften bestraften Arbeitgeber oder Angestellten auf Grund von § 531 Abs. 2 RVO. die Zahlung des Ein- bis Fünffachen der Verzugsbeiträge auferlegen darf. § 531 Abs. 2 RVO. ersetzt zweifellos § 50 KVG., nach dem ein Erstattungsanspruch bei schuldhafter Verletzung der Anmelde-, aber nicht der Abmeldepflicht gegeben ist. Bei Verletzung der Abmeldepflicht gewährt das KVG. keinen besonderen Anspruch. § 531 Abs. 2 RVO. beschränkt sich aber der Fassung nach keineswegs auf die Uebertretung von Anmeldevorschriften, sondern schließt sich dem gesamten Inhalte von § 530 RVO. ergänzend an. Der Zweck der Bestimmung spricht ebenfalls dafür, daß sie auch bei Bestrafung wegen Verletzung von Abmeldevorschriften Platz greife. Gewissermaßen als Ersatz für tatsächliche oder doch möglich gewesene Aufwendungen soll nämlich die Krankenkasse dem Bestraften das Ein- bis Fünffache der Rückstände auferlegen dürfen (Begr. zu §§ 553, 554 Entw.). Unterläßt aber der Arbeitgeber die vorschriftsmäßige Abmeldung eines Versicherungspflichtigen, so ist eine Schädigung der Krankenkasse besonders zu befürchten, da sie in Unkenntnis der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses leicht unberechtigte Ansprüche des Ausgeschiedenen erfüllen kann. Die Verzugsbeiträge seit Ablauf der Abmeldefrist lassen sich recht wohl als rückständige Beiträge im Sinne von § 531 Abs. 2 RVO. ansehen. Durch Unterlassen der Anmeldung werden Beiträge hinterzogen, durch Unterlassen der Abmeldung verwirkt, in beiden Fällen aber rückständig. Hinzu kommt, daß Verzugsbeiträge auch Rückstände nach § 28 RVO. sind, da sonst ihre Beitreibung wie die des ein- oder mehrfachen Betrages im Falle von § 531 Abs. 2 RVO. besonders geregelt sein müßte. § 531 Abs. 2 RVO. muß demnach auch bei Bestrafung wegen Verstoßes gegen die Abmeldevorschriften für anwendbar gelten. Bei schuldhafter Verletzung der Abmeldevorschriften hat daher die Krankenkasse, soweit die Reichsversicherungsordnung in Frage kommt, keinen Anspruch auf Er-

Digitized by Google

stattung des im Einzelfalle entstandenen Schadens, sondern die Befugnis, für die Schädigung oder Gefährdung einen vom Gesetze umgrenzten Betrag zu erheben. Der Gesamtzahl der Schäden tritt die Gesamtzahl der so eingenommenen Beträge ausgleichend gegenüber.

Ob neben der Anwendung von § 531 Abs. 2 RVO. die Geltendmachung eines Schadensersatzanspruchs wegen schuldhafter Verletzung eines Schutzgesetzes, nämlich der Melde- und Strafvorschriften, nach § 823 Abs. 2 BGB. möglich ist, wird von Hahn und Hoffmann verschieden beantwortet. Während Hahn (Handbuch, Anm. 4 zu § 531 RVO.) einen Schadensersatzanspruch nach § 823 Abs. 2 BGB. uneingeschränkt zuläßt, weil § 531 Abs. 2 RVO. beim Vorliegen oder Fehlen eines Schadens dieselbe Befugnis und damit keinen wirklichen Schadensersatzanspruch gewähren soll, schließt Hoffmann (Anm. 4 zu § 531 RVO.) einen Schadensersatzanspruch wegen Uebertretung der Meldevorschriften ganz allgemein aus. Die Ansicht von Hoffmann dürfte den Vorzug verdienen. § 531 Abs. 2 RVO. ist wohl als erschöpfende Bestimmung darüber, wie bei schuldhafter Verletzung eines in den Melde- und Strafvorschriften enthaltenen Schutzgesetzes die Krankenkasse auch für einen Schaden Ersatz erhalten soll, anzusehen. Ein Schadensersatzanspruch nach § 823 Abs. 2 RVO. wird nur dann gegeben sein, wenn noch ein weiteres Schutzgesetz, z. B. § 263 Str.GB. (Betrug), verletzt worden ist.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Zu § 7 Abs. 2 und § 9 Abs. 5 der Musterwahlordnung für Krankenkassen (Zahl der Unterschriften unter dem Wahlvorschlage; Berichtigung von Mängeln).

Entscheidungen a) des Versicherungsamts Hamburg vom 23. April 1914;
b) des Oberversicherungsamts Hamburg vom 27. August 1914.

a)

Für die Wahl der Versicherten in der zweiten Abteilung waren rechtzeitig 2 Vorschlagslisten eingereicht worden. Am 25. März 1914 machte jedoch der Vorstand der Kasse bekannt, daß nur eine Liste gültig sei und die auf dieser bezeichneten Vertreter daher nach § 10 der Wahlordnung als gewählt gälten. Der Vertreter der anderen Liste hält dagegen die Liste für gültig und hat die Wahl insoweit angefochten.

Die streitige Liste war nur mit 15 Unterschriften versehen, eingereicht worden. Auf die Aufforderung des Kassenvorsitzenden, der dabei erklären zu müssen meinte, daß dadurch der Entscheidung des Vorstandes über die Gültigkeit nicht vorgegriffen werden solle, hat dann der Vorschlagsvertreter noch weitere 15 Unterschriften innerhalb der in § 9, Abs. 5 vorgesehenen Frist beigebracht. Trotzdem hat der Vorstand unter Berufung auf § 7 Abs. 2 der Wahlordnung die Liste für ungültig befunden, weil die Liste 30 Unterschriften bei der Einreichung tragen müsse und eine Nachholung der fehlenden Unterschriften ausgeschlossen sei. Außerdem sei einer der Unterzeichner, namens D., nicht Mitglied der Kasse, wegen Mangels der Wahlberechtigung sei daher dessen Unterschrift nicht zu beachten. Der Vorstand hat somit gebeten, die Anfechtung zurückzuweisen.

Der Vorschlagsvertreter führt demgegenüber das folgende aus: Eine ungenügende Zahl von Unterschriften könne nach § 9 Abs. 5 der Wahlordnung den Wahlvorschlag nur dann ungültig machen, wenn der Mangel nicht rechtzeitig behoben werde. Die Ansicht des Vorstandes, daß 30 Unterschriften erforderlich seien, sei aber überhaupt falsch. Die Bestimmung in § 7 Abs. 2 der Wahlordnung, daß die Unterzeichner mindestens über 30 Stimmen verfügen müßten, könne sich nur auf die Arbeitgeber, nicht aber auf die Versicherten beziehen. Wenn ferner eine nicht zur Kasse gehörende Person unterzeichnet hätte, so hätte der Vorstand zur Beseitigung dieses Ausstandes auffordern müssen. Der bei der Seeberufsgenossenschaft beschäftigte D. sei aber auch Mitglied der Kasse gewesen, obschon er derzeit wegen eines schwebenden, aber nachträglich zurückgezogenen Befreiungsantrages aus § 169 RVO. trotz rechtzeitiger Meldung nicht der Kasse seitens der Meldestelle überwiesen wäre.

Der Kassenvorstand verharrt auf seiner Ansicht und meint, daß nur die in § 9 Abs. 2—3 und 4 bezeichneten Mängel geheilt werden könnten, nicht aber die in § 9 Abs. 5 bezeichneten Mängel, sonst könnte ja auch nur ein Einziger eine Liste einreichen. Bezüglich der Unterschrift des D. erklärt der Vorstand nur derzeit nicht haben wissen zu können, daß er zur Kasse gehörte, weil er noch nicht überwiesen worden wäre.

Das Versicherungsamt erklärte die Wahl für ungültig aus folgenden Gründen:

Die Ungültigkeitserklärung der Liste stellt sich als ein Verstoß gegen die Grundregeln der Wahlordnung dar mit der Folge, daß die Wahl der Vertreter der anderen Liste in der zweiten Wahlabteilung ungültig ist. Die der Kürze halber zusammengezogene Fassung der Bestimmung in

Digitized by Google

§ 7 Abs. 2 der Wahlordnung, nach der die Wahlvorschläge von mindestens je 10 Wahlberechtigten mit zusammen mindestens 30 Stimmen unterzeichnet sein müssen, kann allerdings zu der Auffassung verleiten, daß die Vorschläge der Versicherten, die jeder nur eine Stimme haben können, 30 Unterzeichner aufweisen müssen. Bei verständiger, dem Wortlaut und dem Sinn der Vorschrift entsprechender Auslegung ergibt sich aber zwingend das Irrige dieser Meinung. Da ein mehrfaches Stimmrecht bei den Kassenwahlen nur für Arbeitgeber in Frage kommt, so wäre die Hauptbedingung, daß 10 wahlberechtigte Personen den Wahlvorschlag durch Unterschrift unterstützen müssen und können, für die Wahlen der Versicherten durch die außerdem aufgestellte Forderung, daß die Unterzeichner zusammen mindestens 30 Stimmen haben müssen, aufgehoben. Die letztere Forderung kennzeichnet sich aber als eine zu der ersten hinzutretende Nebenbedingung und kann sich nach ihrem Wortlaut und Sinn nur auf die Arbeitgeberwahlen beziehen. Denn wenn gefordert wird, daß eine bestimmte Zahl von Wahlberechtigten zusammen eine bestimmte größere Zahl von Stimmen auf sich vereinigen müssen, so kann das nur für Wahlberechtigte gelten, die mehrere Stimmen haben können. Es wäre sinnlos für Versicherte, die jeder nur eine Stimme haben können, außer einer bestimmten Zahl von Wählern noch eine bestimmte Zahl von Stimmen zu fordern. Die Verfasser der Musterwahlordnung, der die Fassung des § 7 Abs. 2 entspricht, können einen solchen Widersinn nicht gewollt haben. Sie konnten bei der Forderung einer größeren Stimmenzahl neben der Zahl der Personen nur an die Arbeitgeber denken und haben offenbar sich von dem Streben nach möglichster Kürze leiten lassen, indem sie die Worte „mit zusammen mindestens 30 Stimmen" unmittelbar an die Vorschrift über die Zahl der Unterzeichner anschlossen, anstatt wie es richtiger gewesen wäre, den neuen Satz zu bilden: „Die Unterzeichner der Arbeitgebergruppen müssen zusammen mindestens 30 Stimmen haben." Die Forderung einer größeren Stimmenzahl für Arbeitgeber ist auch nur deshalb aufgestellt, um im gewissen Umfange die Verschiedenheit des Stimmgewichts und des Interesses an der Kasse unter den Arbeitgebern auszugleichen. Dieser Gedanke kann naturgemäß für die Versicherten nicht vorgelegen haben. Da die sekundäre Forderung einer größeren Stimmenzahl, also für die Wählergruppen der Versicherten nicht gelten kann, so genügte es, wenn die eingereichte Liste nur 10 Unterschriften Wahlberechtigter trug. Da sie mehr, nämlich 15 aufwies, so war sie gültig, auch wenn einer der Unterzeichner nicht wahlberechtigt gewesen wäre.

Uebrigens hätte der Vorstand auch die Unterschrift des D. anerkennen müssen, da er zweifellos Mitglied der Kasse war, daß er nicht in das Mitgliederverzeichnis eingetragen war, ist gleichgültig, da seine Kassenzugehörigkeit, solange er nicht befreit war, nicht zweifelhaft sein konnte, wenn eine Beschäftigung bei der Seeberufsgenossenschaft nachgewiesen wurde. Dazu hätte der Vorstand bei Zweifeln an der Wahlberechtigung anläßlich der Listenprüfung dem Vertreter der Vorschlagsliste rechtzeitig Gelegenheit geben müssen. Endlich irrt der Vorstand, wenn er meint, daß eine nicht ausreichende Zahl von Unterschriften nicht ergänzt werden könnte. Auch solche Mängel, die nicht in den Absätzen 2 bis 4 des § 9 aufgeführt sind, sondern gegen die anderen Vorschriften in § 7 der Wahlordnung verfahren, sind heilbar. Demgemäß ist der Nachsatz in Abs. 5 des § 9, „es sei denn, daß die Mängel rechtzeitig beseitigt werden", grundsätzlich auch auf die Unvollständigkeit der Unterschriften zu beziehen. Die Frist zur Beseitigung von Mängeln der Liste ist zu dem Zweck gegeben, um unvollständige und fehlerhafte Listen nach Berichtigung noch zulassen zu können. Der Vorstand, der nebensächliche oder entschuldbare Versehen der unkundigen Wähler bei Aufstellung der Listen nicht den Vorschlagsvertretern mitteilen und zu ihrer Beseitigung beitragen würde, würde die ihm in § 9 Abs. 1 auferlegten Pflicht verletzen. Ist der Mangel rechtzeitig beseitigt, so kann aber nachträglich die Liste nicht mehr für ungültig erklärt werden, wie sich unzweideutig aus dem § 9 Abs. 5 der Wahlordnung ergibt. Nachdem also die noch geforderten Unterschriften beigebracht waren, konnte der Vorstand keinesfalls mehr die Liste als ungültig unbeachtet lassen.

Da das Wahlergebnis in den übrigen Wahlabteilungen durch die Ungültigkeit der Wahl dieser Wahlabteilung nicht berührt wird, so war nur die Wahl dieser Gruppe aufzuheben.

In der neuen Wahlbekanntmachung werden die bereits eingereichten gültigen Wahlvorschläge bekannt zu geben sein, von einer weiteren Aufforderung zur Einreichung neuer Wahlvorschläge wird abgesehen werden können.

b)

Gegen diese Entscheidung hat der Vorstand der Kasse Beschwerde erhoben, indem er ausführte: Die Meinung des Versicherungsamtes, daß für die Wahlvorschlagslisten der Arbeitnehmer 10 Stimmen genügten, ist unrichtig, vielmehr erforderten nach dem klaren Wortlaut des § 7 Abs. 2 diese Listen 30 Stimmen. Zweitens sei im Hinblick auf § 9 Nr. 5, der infolge Fehlens einer gültigen Unterschrift vorhandene Mangel des Wahlvorschlages ein solcher gewesen, der nachträglich nicht hätte geheilt werden können. Auf jeden Fall hätte eine der erforderlichen Unterschriften (des D.) gefehlt, die innerhalb der zweiwöchentlichen Frist die Wahlberechtigung dieses Unterzeichners nicht nachgewiesen sei. Der Beschwerdegegner hält die Ansicht des Versicherungs-

Digitized by Google

amtes der Gültigkeit der Wahlvorschlagslisten der Arbeitnehmer bei 10 Wahlberechtigten für richtig und führt weiter aus, das Fehlen einer Unterschrift sei ein heilbarer Mangel nach § 9 Abs. 5 gewesen. Endlich sei die Unterschrift des D. gültig gewesen, auch habe der Vorstand Zeit gehabt, die Gültigkeit dieser Unterschrift zu prüfen.

Das Oberversicherungsamt wies die Beschwerde ab aus folgenden Gründen:

Zwar ist das Oberversicherungsamt, was die Gültigkeit des Arbeitnehmer-Wahlvorschlages bei 10 Stimmen betrifft, anderer Meinung als das Versicherungsamt. § 7 Abs. 2 lautet, daß die Wahlvorschläge der Wahlberechtigten von mindestens je 10 Wahlberechtigten der betreffenden Gruppe, mit zusammen mindestens 30 Stimmen unterzeichnet werden müssen. Da aber nur bei den Arbeitgebern die Vereinigung mehrerer Stimmen in einer Person in Frage kommen kann, kann die Einschränkung von mindestens je 10 Wahlberechtigten sich sinngemäß nur auf die Arbeitgeberwahlen beziehen, da bei den Arbeitnehmern es mindestens je 10 Wahlberechtigte mit zusammen je 30 Stimmen überhaupt nicht geben kann. Die Beschränkung nach unten auf mindestens je 10 Wahlberechtigte hat also nur für Wahlen Sinn, wo überhaupt diese Möglichkeit praktisch werden kann, das heißt, für die Arbeitgeberwahl. In den anderen Fällen muß es dabei bleiben, daß mindestens 30 Stimmen auf den Wahlvorschlag der Arbeitnehmerlisten zu stehen kommen. Es ist richtig, daß der fragliche Ausdruck in § 7 Abs. 2 zu Zweifeln Anlaß geben kann; man wird aber bei Zweifeln lieber die engere, als die weitergehende Auffassung zu wählen haben. . . .

Gleichwohl konnte der Beschwerde nicht stattgegeben werden, da das Versicherungsamt den Abs. 5 des § 9 der Wahlordnung in durchaus zutreffender Weise ausgelegt hat. Die Einschränkung, „es sei denn, daß die Mängel rechtzeitig beseitigt werden", muß sinngemäß auf diejenigen Mängel bezogen werden, die an sich einer Heilbarkeit fähig sind. Solche Mängel sind aber, abgesehen von anderen, hier nicht in Betracht kommenden Fällen, besonders die beiden Fälle, die § 9 Abs. 5 im zweiten und dritten Satze — das Fehlen der erforderlichen Unterschriften und die Aufführung in nicht erkennbarer Reihenfolge — erwähnt. Diese beiden Mängel sind ganz entschieden heilbar und können rechtzeitig beseitigt werden. Dagegen kann, wie auch die Parteien nicht verkennen, die verspätete Einreichung der Wahlvorschläge nicht mehr beseitigt werden. Mithin war also der Vorstand verpflichtet, die nachträgliche Beschaffung von 15 gültigen Unterschriften als ordnungsmäßige Beseitigung des besprochenen Mangels anzuerkennen. Der Beschwerdegegner hat weitere 15 Unterschriften fristgerecht beigebracht. Der Vorstand hat, wie Beschwerdegegner zutreffend ausführt, durchaus die Möglichkeit gehabt, auch die Unterschrift des D. als gültige Unterschrift anzuerkennen, da D. infolge seiner Beschäftigung bei der Seeberufsgenossenschaft Kassenmitglied war, auch wenn er nicht in das Mitgliederverzeichnis eingetragen war. Bei dieser Sachlage war jedenfalls durch die nachträgliche Beschaffung der erforderlichen Unterschriften, wie auch das Versicherungsamt ausführt, die Liste zu einer gültigen Liste gemacht worden und konnte nicht mehr nachträglich für ungültig erklärt werden. Es kann deshalb dahingestellt bleiben, ob, wie im Falle W., die Liste auch dann für gültig zu erklären wäre, wenn eine gültige Unterschrift gefehlt hätte, weil es sich in solchem Falle um ein so geringfügiges Versehen gehandelt hat, daß es jedenfalls nach Vornahme des Wahlaktes nicht die gänzliche Ungültigkeit hätte herbeiführen können. Aus diesen Ausführungen erhellt, daß die Beschwerde nicht begründet ist.

Zur Auslegung des § 76e des Krankenversicherungsgesetzes (§ 529 RVO.).

Urteil des Preußischen Oberverwaltungsgerichts, Erster Senat, vom 2. Februar 1914.

Der Lackierer R. Z. zu B. wurde von der Innungskrankenkasse der . . . Innung am 10. November 1911 in zwei Ordnungsstrafen von 2,45 und 4,90 M. genommen, weil er als Erkrankter am 6. November 1911 seine Wohnung zwecks Einnahme der Mahlzeit verlassen habe, ohne zu hinterlassen, wohin er sich begebe, und weil er am 8. November 1911 dem Krankenkontrolleur die Wohnung nicht geöffnet habe. In der hiergegen erhobenen Beschwerde behauptete Z., daß er am 6. November 1911 in der Wirtschaft von K. gewesen sei und am 8. November 1911 bereits geschlafen habe, als der Kontrolleur ihn habe aufsuchen wollen. Zum Beweis dafür berief er sich auf das Zeugnis der Frau K. und der Frau D. Der Magistrat zu B. wies durch Bescheid vom 5. Januar 1912 auf Grund des § 76e RVO. vom 10. April 1892 / 25. Mai 1903 die Beschwerde zurück, weil nach den genehmigten „Verhaltungsvorschriften" die Strafe zu Recht festgesetzt sei und die von Z. zu seiner Entschuldigung angeführten Tatsachen unwesentlich seien. Nunmehr erhob Z. bei dem Königlichen Amtsgericht . . . . gegen den Stadtrat H., welcher bei der Entscheidung vom 5. Januar 1912 mitgewirkt und die Ausfertigung des Bescheides vollzogen hatte, Klage auf Schadenersatz in Höhe der festgesetzten Ordnungsstrafen mit der Begründung, daß der Beklagte sich durch die Nichtvernehmung der von dem Kläger benannten Zeugen einer Amtspflichtverletzung schuldig gemacht habe. Bevor das Kgl. Landgericht in . . . ., an welches das Amtsgericht den Rechtsstreit wegen eigener Unzuständigkeit verwiesen hatte, in der Sache verhandelte, erhob der Kgl. Oberpräsident der Provinz . . . am 31. Januar 1913 den Konflikt, weil es dem freien Ermessen der Aufsichtsbehörde über die Krankenkassen unterliege, ob und welche

Digitized by Google

Zeugen sie im Beschwerdeverfahren vernehmen wolle, somit dem bei der Entscheidung über die Beschwerde beteiligten Beklagten die Unterlassung einer ihm obliegenden Amtshandlung nicht zur Last falle, wenn er die Vernehmung der von Z. benannten Zeugen nicht für erforderlich gehalten habe. Das Landgericht . . . stellte darauf das Rechtsverfahren durch Beschluß vom 31. März 1913 einstweilen ein und erließ die vorgeschriebenen Mitteilungen an die Beteiligten. In seiner Erwiderung auf den Konfliktsbeschluß führte der Kläger, ohne neues in tatsächlicher Beziehung anzuführen, aus, daß der Konflikt unbegründet sei, weil der Beklagte durch Unterlassung der Vernehmung der benannten Zeugen sich einer Rechtsbeugung schuldig gemacht habe. Der Beklagte hat sich zu dem Konflikte nicht geäußert.

Das Oberverwaltungsgericht hat den Konflikt für begründet erklärt und die endgültige Einstellung des gerichtlichen Verfahrens angeordnet aus folgenden Gründen:

Die Schadenersatzklage gründet sich darauf, daß der Beklagte die Beschwerde des Klägers gegen die Straffestsetzung der Innungskrankenkasse durch den Bescheid vom 5. Januar 1912 zurückgewiesen habe, ohne die von dem Kläger benannten Zeugen zu vernehmen. Wie die Akten des Magistrats zu B. und die Ausfertigung des dem Kläger zugestellten Bescheids ergeben, hat jedoch nicht der Beklagte, sondern der Magistrat den Bescheid erlassen. Letzterer war auch allein zuständig, über die von dem Kläger erhobene Beschwerde zu entscheiden (§§ 76a, 73, 26a Ziff. 2a KVG. vom 10. April 1892, 25. Mai 1903 Nr. 5 der Preuß. Ausführungsanweisung vom 10. Juli 1892 — Ministerialblatt des Innern S. 301, § 96 RGO, Ziff. 3 und 4 der Ausführungsanweisung vom 1. Mai 1904 — Handelsministerialblatt S. 123). Bei der Fällung dieses Beschwerdebescheids hat der Beklagte zwar mitgewirkt, es kann aber keine Rede davon sein, daß er dabei eine ihm obliegende Amtspflicht verletzt hat. Eine Vorschrift, daß der Magistrat bei der ihm nach den §§ 76a, 73 KVG. als Aufsichtsbehörde der Innungskrankenkasse zustehenden Entscheidung die von dem Beschwerdeführer angebotenen Beweise stets zu erheben habe, besteht nicht; vielmehr hat der Magistrat nach freiem pflichtmäßigem Ermessen zu befinden, ob und welche Beweiserhebung nötig ist, um über die Beschwerde entscheiden zu können. Für die Annahme aber, daß der Magistrat im vorliegenden Falle sich bei dieser Prüfung von anderen als sachlichen Erwägungen habe leiten lassen, fehlt es an jeder tatsächlichen Unterlage. Daher kann auch für den Beklagten aus der Tatsache, daß er an der Entscheidung des Magistrats mitgewirkt hat, die Verletzung einer Amtspflicht nicht hergeleitet werden.

Danach war der Konflikt für begründet zu erklären und das gerichtliche Verfahren engültig einzustellen.

Erlöschen des versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses durch Einberufung zum Kriegsdienst.

Beschluß des **Versicherungsamts der Stadt Kiel** vom 29. November 1914.

Mehrere namentlich bezeichnete „Einnehmer" sind infolge des Krieges zum Heeresdienst einberufen worden. Die Versicherungs-Aktien-Gesellschaft, in deren Diensten sie standen, hat ihnen das Dienstverhältnis wegen der Einberufung nicht gekündigt und zahlt ihnen, die sämtlich verheiratet sind, von ihrer aus festem Gehalt und Provision bestehenden Dienstvergütung das Gehalt im Betrage von 100 M. monatlich zu Händen der Ehefrauen weiter. Sie hat die Einnehmer aber infolge der Einberufung bei der Ortskrankenkasse abgemeldet und weigert sich nach Maßgabe des weiter gezahlten Gehalts, auch weiterhin Krankenversicherungsbeiträge für sie zu entrichten. Sie führt unter Hinweis auf die Anleitung des Reichs-Versicherungsamts über den Kreis der versicherungspflichtigen Personen aus, daß von einem Beschäftigungsverhältnis nicht mehr die Rede sein könne, weil die einberufenen Einnehmer weder tatsächlich für sie Dienst leisteten noch irgendwie zu ihrer Verfügung ständen, und weist ferner darauf hin, daß das Reich ja bei Erkrankung der Einberufenen für sie sorge, mithin für eine Beitragsleistung an die Kasse die Gegenleistung fehlen würde. Sie beantragt daher festzustellen, daß die einberufenen Einnehmer nicht mehr versicherungspflichtig und mithin Krankenversicherungsbeiträge für sie nicht mehr zu entrichten seien.

Die Ortskrankenkasse dagegen bittet um die entgegengesetzte Feststellung. Sie beruft sich darauf, daß eine Kündigung nicht erfolgt sei, das Gehalt fortgezahlt werde und demnach auch das Beschäftigungsverhältnis als fortbestehend gelten müsse.

Für die im Felde stehenden Einnehmer ist gemäß § 18 Abs. 2 der Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter der Stadtsekretär K. als besonderer Vertreter bestellt worden. Er hat zur Sache dahin Stellung genommen, die in Frage stehenden Einnehmer seien so lange krankenversicherungspflichtig, als das Arbeitsverhältnis fortbestehe und Gehalt oder Lohn weitergezahlt werde.

Die Arbeitgeberin hat das Muster eines Dienstvertrages mit einem Einnehmer vorgelegt. Ueber Gehaltsfortzahlung bei Dienstbehinderung ist darin lediglich in § 10 bestimmt, daß bei Einziehung zu einer militärischen Uebung der Einnehmer für die Uebungszeit im ersten Dienstjahr kein Gehalt, im zweiten das halbe und im dritten und weiterhin das volle Gehalt erhält.

Der Beschlußausschuß ist dem Standpunkt der Arbeitgeberin beigetreten.

Freilich verfängt der Einwand nicht, daß mit Rücksicht auf die Fürsorge der Militärverwaltung die Gegenleistung für die Beiträge fehlen würde. Einerseits trifft das überhaupt nur für die Krankenpflege und Krankenhauspflege zu, nicht aber für Krankengeld, Sterbegeld und die (von der hier beteiligten Ortskrankenkasse gemäß § 1 Satz 3 des Gesetzes vom 4. August 1914 auch jetzt weitergewährte) Familienhilfe. Freilich ist eben wegen der Fürsorge der Militärverwaltung streitig, ob die beiden erstgenannten Leistungen auch für

Digitized by Google

im Kriege verwundete oder gefallene Kassenmitglieder zu leisten sind. Eines näheren Eingehens auf diese — überwiegend und wohl mit Recht bejahte — Frage bedarf es hier jedoch nicht. Denn selbst wenn man sie verneint, bleibt der Einwand dennoch verfehlt, weil im Sozialversicherungsrecht Beitrag und Versicherungsleistung einander keineswegs als einander bedingende Leistung und Gegenleistung gegenüberstehen, wie das in der privaten Versicherung allerdings der Fall ist.

Die Ortskrankenkasse kann sich für ihre Auffassung auf einen Bescheid des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte berufen („Angestellten-Versicherung" 1914 S. 232), die für Angestellte in Fällen der vorliegenden Art auf Grund der gleichartigen Vorschriften des Angestelltenversicherungsgesetzes Beiträge fordert. In der Literatur ist dieser Bescheid aber ganz allgemein als unhaltbar angefochten worden, und zwar mit Recht.

Es mag dahingestellt bleiben, ob das Dienstverhältnis der Einnehmer zivilrechtlich fortbesteht, weil eine Kündigung nicht erfolgt ist, und nur die Leistungen, abgesehen von der freiwilligen Gehaltsfortzahlung, beiderseits ruhen, oder ob nicht vielmehr trotz der fehlenden Kündigung das Verhältnis unbeschadet der in Aussicht genommenen Wiederbeschäftigung kraft Gesetzes als gelöst anzusehen ist wegen der für nicht voraussehbare Zeit, d. h. im Rechtssinne dauernd, bestehenden Erfüllungsunmöglichkeit für den Dienstverpflichteten (vgl. dazu einerseits Ortmann, Krieg und Arbeitsvertrag, in „Gewerbe- und Kaufmannsgericht" vom 1. Oktober 1914, Sp. 1—3, andererseits Staudinger, Komm. zum BGB. § 323 Anm. 2 und das Urteil des vormaligen Reichsoberhandelsgerichts Bd. 8 S. 153, das einen solchen Fall aus dem Kriege 1870/71 betrifft). Keinesfalls entscheidet das Fortbestehen des zivilrechtlichen Dienstverhältnisses dem Bande nach, wenn man ein solches annehmen will, über die Versicherungspflicht. Diese besteht in der Krankenversicherung ebenso wie in der Invaliden- und Angestelltenversicherung nur, wo eine Beschäftigung gegen Entgelt stattfindet. (§§ 165, 1226 RVO., § 1 AVG.). Zwar liegt das versicherungsrechtliche Beschäftigungsverhältnis, das mit dem privatrechtlichen Dienstverhältnis nicht identisch ist, nicht nur während der unmittelbaren Arbeitsleistung vor, sondern überdauert, wie allgemein anerkannt ist, auch die Arbeitspausen, auch einen mit Gehaltsfortzahlung bewilligten Urlaub, und jedenfalls wenn Lohnfortzahlung erfolgt, wohl auch die Einberufung zu einer militärischen Uebung; vgl. dazu die Anleitung des Reichs-Versicherungsamts, Ziff. 11, Ziff. 9 Abs. 2 und Hahn, Anm. 21 zu § 165 RVO. Ob sich das aus dem Gesichtspunkt der ständigen Dienstbereitschaft begründen läßt, die der tatsächlichen Beschäftigung gleichstehe (so das RVA., Gr. E. 1885, Amtl. Nachr. 1914 S. 655), oder ob das unterscheidende Merkmal gegenüber einem Falle wie dem vorliegenden, nicht eher darin zu suchen ist, daß dort die Beschäftigung mit dem Einverständnis des Arbeitgebers bei unstreitigem Fortbestand der Rechtsbeziehungen im übrigen, nur auf bestimmte Zeit unterbrochen wird, hier dagegen auf völlig unbestimmte Zeit, mag dahingestellt bleiben; jedenfalls fehlt auch im Sinne jener Begründung in den vorliegenden Fällen jedes Recht von Verfügung des Arbeitgebers über die Arbeitskraft dieser Angestellten, sei es auch nur für eine bestimmte künftige Zeit, wie es in jenen anderen Fällen doch wenigstens möglich ist. Von einer Beschäftigung kann hier, mag man den Begriff auch weit fassen, nicht mehr die Rede sein. Die anscheinend weitergehende Auffassung Hahn's (a. a. O.) hält der Nachprüfung nicht stand.

Zu dem gleichen Ergebnis gelangt man vom Begriff des Entgelts aus. Einen Rechtsanspruch auf die Gehaltsfortzahlung haben die betreffenden Einnehmer zweifellos nicht; der Vertrag sieht eine solche nur bei militärischen Uebungen, d. h. selbstverständlich Friedensübungen, in gewissem Umfange vor; ob daneben überhaupt noch Raum ist für § 615 BGB., mag fraglich sein, jedenfalls ist die Vorschrift aber bei einer im voraus unabsehbaren Dienstbehinderung, wie hier, nicht anwendbar. Leistungen aber, die nicht auf Rechtsanspruch, sondern lediglich auf dem guten Willen des Arbeitgebers beruhen, sind Entgelt im Sinne des Versicherungsrechts, wie § 160 RVO. erkennen läßt, nur dann, wenn sie wenigstens gewohnheitsmäßig statt oder neben dem auf Rechtsanspruch beruhenden Lohn gewährt werden. Das mag für Feriengehalt zutreffen, auch wenn auf dieses, wie anscheinend in dem Falle der Gr. E. 1885, ein Rechtsanspruch nicht besteht; eine Gewohnheit, den zum Kriegsdienst einberufenen Angestellten oder ihren Familien Gehalt fortzuzahlen, kann aber aus tatsächlichen Gründen, weil es für jeden Arbeitgeber der erste Fall ist, nicht bestehen. Die hier in Frage stehende Gehaltsfortzahlung ist Entgelt genau so wenig, wie eine Unterstützung, die ein Arbeitgeber einem in Not geratenen Angestellten im Einzelfall gewährt.

Fehlen mithin die beiden Hauptvoraussetzungen für die Versicherungspflicht einer versicherungsfähigen Person, nämlich 1. eine Beschäftigung, 2. gegen Entgelt, so steht fest, daß mit dem Tage der Einziehung die Versicherungspflicht weggefallen ist.

Digitized by Google

B. Zur Unfallversicherung.

Zur Auslegung des §§ 1596, 1598 RVO.

Entsch. des Reichsversicherungsamts

a) vom 15. Mai 1914; b) vom 18. Juni 1914 (2736, 2737 Amtl. Nachr. 1914 S. 669, 672).

a)

Der Arbeiter K. beansprucht wegen eines Unfalls vom 27. November 1912, der eine Sehnenzerreißung am rechten Schultergelenke zur Folge gehabt haben soll, von der Sektion einer Berufsgenossenschaft die Zahlung einer Rente. Die Sektion hat den Rentenanspruch auf Grund eines Gutachtens ihres Vertrauensarztes, des Kreisarztes Professor Dr. R. vom 3. März 1913 abgelehnt. In dem Gutachten ist ausgeführt, es sei zwar im rechten Schultergelenk ein etwas stärkeres Reiben und Knarren wahrnehmbar als im linken, es bestehe aber keine Beweglichkeitsbehinderung oder Muskelschwäche. Der Verletzte sei wieder völlig erwerbsfähig. Professor Dr. R. hatte auch bereits am 9. Dezember 1912 ein ausführliches Gutachten über die Folgen des Unfalls erstattet. Ferner hatte die Sektion von Dr. H., der den Verletzten bis zum 12. Januar 1913 behandelt hatte, einen sogenannten Befundschein herbeigezogen. Bei seiner Vernehmung im Einspruchsverfahren vor dem Versicherungsamte stellte der Berechtigte den Antrag, noch den Dr. K., der ihn seit dem 19. April 1913 behandle, anzuhören. Das Versicherungsamt will diesem Antrag stattgeben und hält die Sektion zur Erstattung der hierdurch entstehenden Kosten für verpflichtet, da sowohl die Voraussetzungen des § 1595 als auch des § 1598 RVO. gegeben seien. Es hat daher die Sektion gemäß § 96 der Kaiserlichen Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter durch Schreiben vom 4. Juni 1913 aufgefordert, ihm zur Einholung eines Gutachtens des Dr. K. einen Vorschuß von 15 M. zu zahlen. Hiergegen hat die Sektion beim Oberversicherungsamt rechtzeitig Beschwerde eingelegt. Dieses hat die Beschwerde gemäß §§ 1799, 1693 RVO. dem Reichsversicherungsamt überreicht, da es sich um eine noch nicht festgestellte Auslegung der §§ 1595, 1598 a. a. O. handle.

In der Sache war zunächst zu prüfen, ob die Vorschrift des § 1595 a. a. O. den Anspruch des Versicherungsamts rechtfertigt. Die Anwendbarkeit des § 1595 ist ausgeschlossen, wenn schon der Versicherungsträger einen Arzt gehört hat, dem der Versicherte nach eigener Wahl seine Behandlung übertragen hat. Als ein Arzt nach der eigenen Wahl des Verletzten kommt der Professor Dr. R. als Vertrauensarzt der Sektion nicht in Frage, wohl dagegen Dr. H., der den Verletzten als Kassenarzt der Ortskrankenkasse zuerst behandelt hat. Ob bei dieser Krankenkasse freie Arztwahl besteht, geht aus den Akten nicht hervor; unzweifelhaft ist dagegen, daß K. die Auswahl zwischen mindestens zwei Aerzten hatte, denen er seine Behandlung anvertrauen konnte. Dann ist aber Dr. H. als ein Arzt nach der eigenen Wahl des Verletzten anzusehen. Denn eine Wahl ist begrifflich möglich, wenn dem Berechtigten mehr als ein Arzt, also mindestens zwei, zur Verfügung stehen, unter denen er „wählen" kann. Der Begriff der Wahl wird nicht dadurch ausgeschlossen, daß der Berechtigte in seiner Wahl auf einen bestimmten Kreis von Aerzten beschränkt ist. Ein Arzt nach der eigenen Wahl des Versicherten ist somit nicht allein bei völlig freier Arztwahl vorhanden, sondern auch dann, wenn der Versicherte, wie es in der Regel der Fall sein wird, als Mitglied einer Krankenkasse eine beschränkte Wahl mindestens dem § 369 a. a. O. entsprechend zwischen zwei Aerzten hat. Dieser Auffassung stehen weder der Wortlaut des Gesetzes noch die Kommissionsverhandlungen entgegen.

Streitig ist ferner, ob ein Arzt im Sinne des § 1595 *gehört* worden ist. Dr. H. hat nur einen sogenannten Befundschein, den die Sektion mit 3 M. bezahlt hat, erstattet. Er hat sich darin lediglich auf einige Fragen über die Zeit der Behandlung kurz geäußert, die sich nicht bis zu dem Zeitpunkt der Erstattung des Gutachtens erstrecken. Das Reichsversicherungsamt ist schon unter der Herrschaft des früheren Rechtes mit der Auslegung des Begriffs „Hören des behandelnden Arztes" befaßt worden. Im § 69 Abs. 3 GUVG. und den entsprechenden Vorschriften der übrigen Unfallversicherungsgesetze war nämlich bestimmt, daß der behandelnde Arzt zu hören sei, wenn auf Grund eines ärztlichen Gutachtens die Bewilligung einer Entschädigung abgelehnt oder nur eine Teilrente festgestellt werden sollte. Damals hat das Reichsversicherungsamt auf Grund dieser Vorschriften die Erstattung eines ausführlichen, wissenschaftlich begründeten Gutachtens nicht für erforderlich erachtet (zu vgl. Handb. der Unfallversf. 3. Aufl. Bd. I S. 476 Anm. 12 zu § 69 a. a. O.). Insbesondere genügte es nach altem Rechte, wenn der behandelnde Arzt, falls er neben einem anderen Arzte gehört wurde, sich über die Wahrnehmungen während seiner Behandlung äußerte (zu vgl. Bescheid 2235, Amtl. Nachr. des RVA. 1908 S. 496). Die Vorschrift des § 69 Abs. 3 a. a. O. ist fast wörtlich in die Reichsversicherungsordnung übergegangen (§ 1582). Die Begründung zum Entwurf einer Reichsversicherungsordnung führt hierüber aus: „Der § 1564 (1582 a. a. O.) gibt die bisher geltende Vorschrift des § 69 Abs. 3 GUVG. und der entsprechenden Vorschriften der übrigen Un-

Digitized by Google

fallversicherungsgesetze wieder." Die vom Reichsversicherungsamt in Auslegung des § 69 a. a. O. aufgestellten Grundsätze gelten daher auch für § 1582 (zu vgl. Lehmann, Komm. zur RVO. Anm. 6 zu § 1582). Der § 1582 lag der Reichstagskommission vor. Sie hielt aber durch ihn die Rechte des Versicherten noch nicht für ausreichend gewahrt und erweiterte sie daher durch die §§ 1595, 1596 a. a. O. Hieraus ergibt sich schon ein gewisser, wenn auch lockerer Zusammenhang zwischen beiden Vorschriften. Wenn außerdem im § 1595 ein Ausdruck gebraucht wird, der im früheren Rechte eine feststehende Bedeutung hatte und in diesem Sinne schon in die Reichsversicherungsordnung aufgenommen war, so muß er im § 1595 a. a. O. die gleiche Auslegung finden wie im früheren Rechte und im § 1582.

Die hiergegen erhobenen Einwendungen greifen nicht durch. Bei den Verhandlungen der Reichstagskommission a. a. O. 6. Teil S. 112 hat allerdings ein Vertreter der verbündeten Regierungen ausgeführt, auch vom Standpunkt der Versicherten könne ein Bedürfnis für den Vorschlag des Antrags 11a zu § 1572 der 2. Lesung, dem der § 1595 RVO. entspricht („Die Ablehnung dieses Antrags kann erfolgen, wenn das Gutachten für die Entscheidung offenbar nicht in Frage kommt") nicht anerkannt werden, weil nach § 1572a (§ 1596 a. a. O.) regelmäßig der vom Berechtigten gewünschte Arzt gehört werden müsse, wenn der Berechtigte vorauszahle. Diese Kosten würden ihm zudem zurückerstattet, wenn das nachträglich eingeholte Gutachten die Entscheidung beeinflusse. Hier ist zweifellos der Ausdruck „Hören" gleichbedeutend mit „Einholung eines Gutachtens" gebraucht. Bei der Bewertung dieser Ausführungen ist aber zunächst zu berücksichtigen, daß es sich damals nicht um die Feststellung handelte, was unter „Hören" eines Arztes zu verstehen sei. Auch beziehen sich diese Darlegungen nicht auf § 1595, sondern auf § 1596 a. a. O. Dort ist aber die Rede von der Vernehmung eines Arztes. Es liegt sprachlich nahe, anstatt dessen den Ausdruck „Hören eines Arztes" zu brauchen. Auch daraus, daß das Versicherungsamt nach § 1595 ein Gutachten einzuholen hat, wenn der Arzt nach der eigenen Wahl des Versicherten noch nicht gehört ist, kann nicht gefolgert werden, daß Hören gleichbedeutend ist mit Erstattung eines wissenschaftlich begründeten Gutachtens. Aus der Gegenüberstellung dieser Ausdrücke läßt sich eher schließen, daß das Versicherungsamt, wenn es dem Antrag des Berechtigten auf Einholung eines Gutachtens stattgibt, nicht immer ein größeres Gutachten einholen muß, sondern unter Umständen sich auch mit einem Befundscheine begnügen darf.

Hiernach war im vorliegenden Falle Dr. H. im Sinne des § 1595 ausreichend gehört. Ein ausführliches Gutachten war nicht erforderlich, weil außerdem Professor Dr. N. mehrere Gutachten erstattet hatte.

Schließlich war noch zu prüfen, ob nicht § 1595 anzuwenden ist, weil Dr. K., in dessen Behandlung sich der Verletzte nach seiner Behauptung befindet, von der Sektion nicht gehört worden ist. Es fragt sich also, ob die Versicherungsträger, obwohl der Versicherte sich nacheinander in der Behandlung mehrerer Aerzte befunden hat, die Anwendbarkeit des § 1595 ausschließen können, wenn sie einen dieser Aerzte hören. Nach dem Eingangsvermerke des § 1595 („Ist nicht schon durch den Versicherungsträger ein Arzt gehört worden") scheint die Anhörung eines einzigen Arztes zu genügen. Dieser Schluß aus dem Wortlaut ist aber nicht zwingend. Der Nachdruck liegt offensichtlich nicht auf dem unbestimmten Artikel, sondern dieser ist nur gebraucht worden, um zu kennzeichnen, daß es noch nicht bekannt ist, ob sich der Versicherte in der Behandlung eines Arztes nach seiner eigenen Wahl befindet. Die Annahme, daß die Voraussetzungen des § 1595 auch dann gegeben sein können, wenn der Versicherungsträger einen der behandelnden Aerzte nicht gehört hat, ist daher ohne Bedenken. Wer als behandelnder Arzt anzusehen ist, richtet sich nach der Lage des einzelnen Falles. Man wird sich hierbei im wesentlichen nach den Grundsätzen zu richten haben, die das Reichsversicherungsamt unter der Herrschaft des früheren Rechtes über den Begriff des behandelnden Arztes ausgesprochen hat (zu vgl. Bescheid 1843, Amtl. Nachr. des RVA. 1901 S. 180, Rekursentsch. 2072, Amtl. Nachr. des RVA. 1904 S. 619). Damals wurde, wenn der Verletzte zu verschiedenen Zeiten von verschiedenen Aerzten behandelt worden war, zwar nicht die Anhörung aller dieser Aerzte für erforderlich gehalten, wohl aber der Aerzte, die infolge ihrer Behandlung der Sachbeurteilung dienliche wesentliche Aufklärungen geben konnten. Dies wurde besonders dann angenommen, wenn nacheinander mehrere Aerzte in gleicher Weise am Heilverfahren beteiligt waren, ohne daß einer von ihnen für sich allein vollen Aufschluß über die Krankheitsgeschichte zu geben vermochte. Dieser Fall liegt vor, wenn die Behauptung des K., er befinde sich seit dem 19. April 1913 wegen der Folgen des Unfalls in der Behandlung des Dr. K., zutrifft. Denn die Behandlung des Dr. H. ist seit längerer Zeit abgeschlossen, er kann daher keinen vollständigen Aufschluß über die Krankheitsgeschichte geben. Hiernach ist es zweifelhaft, ob der § 1595 a. a. O. im vorliegenden Falle anzuwenden ist. Das Reichsversicherungsamt hat es aber nicht für erforderlich gehalten, diese Bedenken noch aufzuklären.

Digitized by Google

Denn der Anspruch des Versicherungsamts ist jedenfalls aus § 1598 begründet, da es erklärt hat, ein Gutachten des Dr. K. noch zu brauchen, um sich zur Sache äußern zu können. In der Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 30. Oktober 1913 (I 16975) ist zwar ausgeführt, daß sich die Befugnis des Versicherungsamts zur Einholung eines weiteren ärztlichen Gutachtens unabhängig von den §§ 1595, 1596 a. a. O. aus § 1598 nicht herleiten lasse. Dieser Standpunkt ist aber mit dem Wortlaut und der Entstehungsgeschichte dieser Vorschrift nicht wohl vereinbar. § 1598 gibt dem Versicherungsamte, wenn es sich zur Sache äußern will, das Recht, Ermittlungen anzustellen, soweit die Beweismittel bereit oder leicht zu beschaffen sind und erhebliche Kosten nicht entstehen. Eine Einschränkung der Beweismittel ihrer Art nach ist im § 1598 ebensowenig vorgesehen wie in den §§ 1571 und 1616 a. a. O. Unter Ermittlungen sind also auch im § 1598 a. a. O. Beweiserhebungen durch Zeugen, Sachverständige, Augenschein usw. zu verstehen. Daß die Befragung ärztlicher Sachverständiger ausgeschlossen sein sollte, ist aus dem Wortlaut des § 1598 nicht zu entnehmen. Ferner trifft die Ansicht, daß die §§ 1595 bis 1597 a. a. O. die Einholung ärztlicher Gutachten im Einspruchsverfahren erschöpfend regelten, nicht zu. Insbesondere der § 1595 stellt, wie sein Wortlaut („Das Versicherungsamt hat . . .") ergibt, Rechte des Versicherten und Pflichten des Versicherungsamts fest, § 1598 dagegen („Das Versicherungsamt kann . . .") nur Rechte des Versicherungsamts. Die Nichtbeachtung der §§ 1595 bis 1597 ist von Amts wegen zu berücksichtigen, während es im freien pflichtmäßigen Ermessen des Vorsitzenden des Versicherungsamts steht, ob er noch anderweite Ermittlungen nach § 1598 anstellen will. Auch die Stellung des § 1597 vor 1598 kann nicht auffallen. Der § 1597 bestimmt, wie aus der Klammer hervorgeht, lediglich die Rechte des Arztes, von dem ein Gutachten aus §§ 1595, 1596 eingeholt wird, auf Einsicht in die Vorverhandlungen. Er enthält eine Abweichung von der allgemeinen Regel, daß die Behörde, welche noch ein weiteres Gutachten einholt, darüber befindet, ob und welcher Teil der Vorverhandlungen dem neuen Gutachter mitzuteilen ist. Der § 1597 gilt also nicht bei ärztlichen Gutachten, die aus § 1598 eingeholt werden.

Die Entstehungsgeschichte steht hiermit im Einklang. Nach den Beschlüssen der Reichstagskommission in erster Lesung bestand das Einspruchsverfahren nur aus einzelnen festumgrenzten Obliegenheiten, nämlich der Vernehmung des Berechtigten und der Einholung ärztlicher Gutachten auf dessen Antrag. In der zweiten Lesung wurde die gutachtliche Aeußerung des Versicherungsamts und der Einspruch bei Aenderung von Dauerrenten neu eingeführt. Das Versicherungsamt ist, wenn es ein Gutachten erstattet, gezwungen, sich ein eigenes Urteil zu bilden. Das gilt besonders bei Aenderung von Dauerrenten. Dieses Verfahren ist geschaffen worden, um durch eine verbesserte Vorbereitung der Fälle (zu vgl. Kom.Ber. 6. Teil S. 81 1. Abs.) die fehlende Rekursinstanz zu ersetzen. Das Versicherungsamt ist demnach bei Aenderung von Dauerrenten verpflichtet, ein Gutachten zu erstatten, und dieses hat sich über alles auszusprechen, was nach der Ansicht des Versicherungsamts für die Entschließung des Versicherungsträgers von Bedeutung ist (§ 1605 a. a. O.). Hierzu gehört auch die Beurteilung des Falles nach der ärztlichen Seite. Gestattet man dem Versicherungsamte nicht, ärztliche Gutachten von Amts wegen einzuholen, so wird es sich vielfach gutachtlich nicht äußern können. Dann würde aber der Zweck des Einspruchsverfahrens nicht erreicht und die mündliche Verhandlung mit der Hinzuziehung von Beisitzern unnötig aufgewandt sein. Welche Erhebungen man im Einspruchsverfahren vor dem Versicherungsamte hat ausschließen wollen, ergibt sich aus den Verhandlungen der Kommission in 2. Lesung (a. a. O. 6. Teil S. 101, 102). Mehrere Mitglieder der Kommission hatten bemängelt, daß dem Versicherungsamte die Erhebung von Beweisen nur in den Grenzen des vorgeschlagenen § 1572e Satz 2 (§ 1598 Satz 2 RVO.) gestattet werden solle. Demgegenüber führte ein Vertreter der verbündeten Regierungen aus, eine Erweiterung dieser Befugnis werde nicht angängig sein. Der Vorschlag des § 1572 Satz 2 beruhe auf folgender Erwägung: Es sei ein berechtigter Wunsch, daß der Versicherte vor einer objektiven örtlichen Stelle seinen Standpunkt vertreten, seine Beweismittel angeben, etwaige Mängel des Verfahrens rügen und insbesondere auch seinen körperlichen Zustand in Augenschein nehmen lassen könne. Dabei empfehle es sich aus rein praktischen Gründen, dieser örtlichen Stelle auch die Erhebung von Beweisen zu gestatten, wofern die Beweismittel schnell und ohne erhebliche Kosten zu beschaffen seien. Dagegen sei es mit dem vorgeschlagenen Aufbau des Feststellungsverfahrens nicht zu vereinbaren, auch umständlichere Erhebungen — z. B. eine längere Beobachtung des Verletzten in einem Krankenhause — dem Versicherungsamte zu übertragen. Diese größeren Erhebungen müßten vielmehr der Berufsgenossenschaft überlassen bleiben, in deren Hand grundsätzlich das Verfahren bis zur Erteilung des Endbescheids gelegt sei. In dieser Richtung solle daher das Gutachten des Versicherungsamts nur die wünschenswert erscheinenden Anregungen geben. Diese Ausführungen, denen nicht widersprochen worden ist,

Digitized by Google

zeigen deutlich, daß nicht die ärztlichen Gutachten überhaupt, sondern nur umständlichere, mit größeren Kosten verbundene Erhebungen im Einspruchsverfahren ausgeschlossen werden sollten. Ob Zweckmäßigkeitserwägungen gegen diese Regelung geltend gemacht werden können, ist angesichts der klaren gesetzlichen Bestimmung nicht mehr zu erörtern. Nach Meinung des Reichsversicherungsamts wird übrigens trotz der Zulassung ärztlicher Gutachten aus § 1598 eine Beeinträchtigung des Verfahrens und eine unnötige Belastung der Versicherungsträger nicht in erheblichem Umfang eintreten, wenn der Vorsitzende des Versicherungsamts, bevor er ein Gutachten einholt, erwägt, daß eine Häufung ärztlicher Gutachten mit dem Zwecke des Einspruchsverfahrens nicht vereinbar ist, daß es sich daher nicht empfiehlt, jedem Antrag des Berechtigten auf Anhörung von Aerzten stattzugeben, sondern daß zunächst eingehend an der Hand der Akten und unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts zu prüfen ist, ob noch ein weiteres ärztliches Gutachten erforderlich ist. Die Beschwerde der Sektion war daher zurückzuweisen.

b)

Für die Folgen eines Betriebsunfalls vom 4. Februar 1912 erhielt der Schlepper G. in Sch. auf Grund eines Gutachtens des Dr. M. eine Teilrente von 20 v. H. Nachdem Medizinalrat Dr. P. am 6. Februar 1913 wesentliche Besserung festgestellt hatte, setzte die Sektion IV der beteiligten Berufsgenossenschaft die Rente durch Bescheid vom 20. Februar 1913 auf 10 v. H. herab. Bei seiner Vernehmung im Einspruchsverfahren vor dem Versicherungsamte beantragte der Verletzte, noch ein Gutachten des Dr. M. einzuholen. Das Versicherungsamt gab diesem Antrag statt und stellte die hierdurch entstandenen Kosten im Betrage von 6 M. der Sektion in Rechnung. Die rechtzeitige Beschwerde der Sektion gegen die Zusammenstellung der Barauslagen hat das Oberversicherungsamt gemäß §§ 1799, 1693 RVO. dem Reichsversicherungsamte vorgelegt, da es sich um eine noch nicht festgestellte Auslegung einer gesetzlichen Vorschrift von grundsätzlicher Bedeutung handle.

Die Sektion würde, da § 1596 Abs. 2 im vorliegenden Falle nicht in Frage kommt, nur dann zur Erstattung der Kosten für das Gutachten des Dr. M. verpflichtet sein, wenn die Voraussetzungen der §§ 1595, 1598 a. a. O. gegeben wären. Die Vorschrift des § 1595 a. a. O. rechtfertigt den Anspruch des Versicherungsamts nicht. Seine Anwendbarkeit ist an sich nicht deshalb ausgeschlossen, weil es sich um die Neufeststellung einer Rente handelt. Der Grundsatz des früheren Rechtes (zu vgl. Rekursentsch. 2131 [Erweiterter Senat], Amtl. Nachr. 1906 S. 206), wonach der behandelnde Arzt nur bei der erstmaligen Festsetzung einer Rente gehört werden muß, gilt zwar nach der Begründung des Entwurfs zur Reichsversicherungsordnung S. 488 auch jetzt noch im Rentenfeststellungsverfahren (§ 1582). Er findet aber im Einspruchsverfahren keine Anwendung. Hierfür spricht zunächst die Erwägung, daß der Einspruch dem Berechtigten ein neues selbständiges Recht gewährt, das unabhängig ist von den Ansprüchen, die ihm im Rentenfeststellungsverfahren vor der Berufsgenossenschaft zustehen. Entscheidend ist aber, daß nach § 1600 a. a. O. die § 1591 bis 1599 entsprechend gelten. Hier ist also ausdrücklich vorgesehen, daß § 1595 auch bei der Neufeststellung von Renten anzuwenden ist.

Die Entscheidung hängt aber davon ab, ob es zu den Voraussetzungen des § 1595 gehört, daß sich der Verletzte tatsächlich in der Behandlung eines von ihm selbst gewählten Arztes befindet, oder ob ein behandelnder Arzt nicht vorhanden zu sein braucht. Denn der Verletzte ist, wie sich aus den Akten ergibt, am 22. April 1912, also fast zehn Monate vor Erlaß des Bescheids, der das jetzige Rentenänderungsverfahren eingeleitet hat, aus der Behandlung des Dr. M. entlassen worden. Die Ansicht, die Dr. M. auf Grund dieser Behandlung über das Leiden des Berechtigten hat, ist bereits in dem für den rechtskräftigen Bescheid der Sektion vom 13. August 1912 grundlegenden Gutachten dieses Arztes enthalten und ohne Interesse für das gegenwärtige Verfahren, weil der Arzt kein Bild mehr von den jetzt noch bestehenden Unfallfolgen haben konnte. Er ist daher als behandelnder Arzt nicht anzusehen. Auch von einem anderen Arzte ist der Verletzte wegen der Folgen des Unfalls in der Zwischenzeit nicht behandelt worden. Nach den Eingangsworten des § 1595 besteht allerdings kein Grund für die Annahme, daß eine Behandlung erforderlich ist. Denn es ist dort nur etwas Negatives vorgesehen, nämlich, daß nicht schon ein Arzt von bestimmten Eigenschaften durch den Versicherungsträger gehört ist. Dagegen legt der sich hieran anschließende Nebensatz — „dem der Versicherte nach eigener Wahl seine Behandlung übertragen hat" — den Schluß nahe, daß eine Behandlung stattgefunden haben muß. Denn auch der Inhalt dieses Satzes gehört mit zu den Voraussetzungen des § 1595. Die Wiedergabe dieser für die Auslegung des § 1595 wichtigsten Bestimmung in einem Nebensatz erklärt sich daraus, daß sich die Eigenschaften, welche der noch nicht gehörte Arzt haben soll, wohl nicht anders als in einem besonderen Satze ausdrücken ließen. Es kann auch nicht auffallen, daß in den Eingangsworten „ein Arzt" und nicht „der Arzt" gesagt ist, weil das Versicherungsamt zur Zeit der Vernehmung meistens noch nicht weiß, ob sich der Versicherte in der Behandlung eines Arztes befindet. Für das Reichsversicherungsamt mußten, da der Wortlaut unklar ist und auch die Ent-

Digitized by Google

stehungsgeschichte zur Lösung dieser Frage nichts ergibt, vorwiegend Zweckmäßigkeitsgründe maßgebend sein. Diese sprechen aber überwiegend für eine einschränkende Auslegung des § 1595, insbesondere nach der Richtung, daß eine Behandlung stattgefunden haben muß. Sonst würde der Anspruch des Versicherten auf Einholung eines weiteren ärztlichen Gutachtens die Regel bilden, insbesondere bei anderweiter Rentenfestsetzung wegen Aenderung der Verhältnisse. Denn in den weitaus meisten Fällen geht einer Rentenänderung kein neues Heilverfahren voraus, da der Zustand des Verletzten keine ärztliche Behandlung mehr erfordert. Das Versicherungsamt müßte also in diesen Fällen auf Antrag des Versicherten ein weiteres Gutachten einholen, wenn es der Ansicht ist, das Gutachten könne für die Entscheidung von Bedeutung sein. Man würde dann gerade in minder wichtigen Sachen die unnötige Einholung zahlreicher Gutachten zu gewärtigen haben, deren Kosten die Versicherungsträger zu erstatten hätten. Die Rechte des Versicherten sind nach Ansicht des Reichsversicherungsamts auch bei dieser Auslegung des § 1595 genügend gewahrt, indem das Versicherungsamt, wenn es sich gutachtlich zur Sache äußert, die von ihm erforderlich erachteten Ermittlungen im Rahmen des § 1598 von Amts wegen anstellen darf. Hierunter fallen nach der vorstehenden Entscheidung 2736 auch ärztliche Gutachten. Diesen Erwägungen gegenüber muß der weitere Einwand zurücktreten, daß das Versicherungsamt, bevor es ein Gutachten aus § 1595 einholt, in der Regel noch ermitteln muß, ob sich der Versicherte in der Behandlung eines Arztes seiner Wahl befindet. Denn in den Akten des Versicherungsträgers wird hierüber selten etwas zu finden sein. Diese Erhebungen werden aber einfach und schnell (z. B. durch Fernsprecher) erledigt werden können und das Verfahren nicht beeinträchtigen. Der § 1595 stellt daher die Pflicht des Versicherungsamts, ein weiteres Gutachten einzuholen, nur für den Fall fest, daß ein Arzt nach der Wahl des Verletzten vorhanden ist, der die zu entschädigenden Leiden kennt, aber vom Versicherungsträger nicht gehört worden ist. Die Voraussetzungen des § 1595 sind somit im vorliegenden Falle nicht gegeben.

Das Versicherungsamt macht endlich geltend, es habe allgemein das Recht, Zeugen und Sachverständige zu hören, wenn es ihre Aussagen für bedeutungsvoll halte. Dieses Recht des Versicherungsamts ist aber auf den Fall beschränkt, daß es sich gutachtlich zur Sache äußert. Denn der § 1598 a. a. O. sieht nur vor, daß das Versicherungsamt „hierzu", das heißt zum Zwecke einer gutachtlichen Aeußerung, Ermittlungen anstellen kann. Das Versicherungsamt hat jedoch, nachdem Dr. M. das von ihm geforderte Gutachten erstattet hatte, die Akten ohne weitere Bemerkung an die Sektion zurückgegeben. Die Sektion ist daher nicht verpflichtet, die durch das Gutachten entstandenen Kosten zu erstatten.

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Zu § 1445 Abs. 2 RVO: Anerkenntnis a) durch den Ueberwachungsbeamten, b) durch die Einzugsstelle.

Rev.-Entsch. des Reichsversicherungsamts (Gr. Sen.) vom 27. Juni 1914 (1891 Amtl. Nachr. 1914 S. 685).

Die Feststellung des Oberversicherungsamts, daß der Kläger auf Grund seiner Beschäftigung im Anwesen seines Schwiegersohns der Versicherungspflicht nicht unterlag, ist einwandfrei. Abgesehen davon, daß Barlohn nicht gewährt wurde, handelte es sich um Dienste, die auf Grund eines familienhaften Gemeinschaftslebens geleistet wurden und nach ständiger Rechtsübung mangels besonderer Umstände Versicherungspflicht nicht begründen.

Dagegen beruht die weitere Feststellung des Oberversicherungsamts, daß der Kläger als Nachtwächter auf Grund materiellrechtlichen Versicherungsverhältnisses versicherungspflichtig gewesen sei, auf unrichtiger Anwendung des bestehenden Rechtes.

In dem Bescheide 4 (Amtl. Nachr. 1891 S. 54) hat das Reichsversicherungsamt ausgeführt, daß es im allgemeinen zutreffen werde, einen Lohnbetrag, der ein Drittel des maßgebenden Tagelohns gewöhnlicher Tagearbeiter nicht übersteigt, als geringfügiges Entgelt im Sinne der Bundesratsvorschriften über die Befreiung vorübergehender Dienstleistungen von der Versicherungspflicht anzusehen. An dieser Auffassung hat das Reichsversicherungsamt seitdem festgehalten (zu vgl. Ziff. 30 V der Anleitung über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen vom 26. April 1912). Selbst unter Zugrundelegung des für 1908 maßgebenden ortsüblichen Tagelohns von 2,20 M. würde der durchschnittliche Wochenverdienst des Klägers von 2,21 M. nur etwa ein Siebentel des ortsüblichen Tagelohns betragen. Besondere Umstände, welche trotz dieses für den Lebensunterhalt nicht ausreichenden Verdienstes eine für den Kläger günstigere Beurteilung rechtfertigten, liegen nicht vor. Zwar

Digitized by Google

mag der Betrag von jährlich 115 M. bei der Lebenshaltung des Klägers nicht ohne wirtschaftliche Bedeutung gewesen sein. Indessen ist zu erwägen, daß der Kläger überhaupt nicht mehr auf Lohnarbeit angewiesen war, vielmehr als ehemaliger Kleinbauer nach Uebergabe seines Anwesens an den Schwiegersohn von dem Ausgedinge und den Zinsen eines kleinen Kapitals lebte. Er würde Lohnarbeit überhaupt nicht mehr verrichtet haben, wenn diese sich ihm nicht zufällig am Wohnort geboten hätte (Fall 2 der Revisionsentsch. 387, Amtl. Nachr. 1894 S. 157).

Auch in der Nichtbeanstandung der Quittungskarten durch den Ueberwachungsbeamten und in dem Beidruck des Kontrollstempels in die Quittungskarten gelegentlich der Beitragsüberwachung kann ein die Versicherungsanstalt bindendes Anerkenntnis des Ueberwachungsbeamten im Sinne des § 1445 Abs. 2 Satz 2 RVO. und der Revisionsentsch. 1736 (Amtl. Nachr. des RVA. 1913 S. 596) nicht erblickt werden. Ein Anerkenntnis ist seinem Wesen nach dazu bestimmt, ein unklares oder bestrittenes Rechtsverhältnis auf eine zweifelsfreie Grundlage zu stellen. Es setzt obwaltende Zweifel begrifflich voraus. Zur Annahme eines Anerkenntnisses des Ueberwachungsbeamten wäre hiernach erforderlich, daß ein dem Beamten zweifelhafter Einzelfall vorgelegen hätte, in dem er nach Prüfung der Tatumstände zu der Frage der Versicherungspflicht oder -berechtigung in einer für die Beteiligten unzweideutigen Form eine für den Anstaltsvorstand bindende Stellung genommen hätte. Das war aber vorliegend nicht der Fall. Der Ueberwachungsbeamte hat eine ausdrückliche Feststellung dahin, daß der Kläger versicherungspflichtig sei, nicht getroffen und auch nicht treffen wollen. Nach den mißverständlichen oder von ihm falsch aufgefaßten Erklärungen des zuständigen Gemeinderats hatte er auch gar nicht Anlaß, die Versicherungspflicht des K. als zweifelhaft zu behandeln oder gar sie durch ein Anerkenntnis außer Streit zu stellen. Ebensowenig kann der Umstand, daß die Quittungskarten Nr. 4 und 5 von dem Ueberwachungsbeamten mit dem Kontrollstempel versehen wurden, die Annahme eines Anerkenntnisses rechtfertigen. Allerdings findet die gegenteilige Ansicht des Oberversicherungsamts eine gewisse Stütze in der Revisionsentscheidung vom 9. Juli 1913 in Sachen W. gegen die Landesversicherungsanstalt P. (II a 68/13). Die Begründung dieser Entscheidung erachtet es nämlich anscheinend für zulässig, schon dem Beidruck des Kontrollstempels oder der Entwertung der Beitragsmarken durch den Ueberwachungsbeamten die Bedeutung eines Anerkenntnisses beizumessen. Hierin geht aber die Entscheidung fehl. Der Kontrollstempel (Beamtenstempel, Datumstempel) ist eine Einrichtung, die für den inneren Geschäftsbetrieb der Versicherungsanstalt, vornehmlich zur Beaufsichtigung der Tätigkeit der Ueberwachungsbeamten selbst bestimmt ist. Der Aufdruck des Stempels stellt weder eine Willenserklärung dar noch soll er eine solche beweisen. Mit dem Kontrollstempel wird die Quittungskarte auch dann versehen, wenn der Ueberwachungsbeamte Versicherungspflicht für nicht vorliegend annimmt und deshalb die Angelegenheit an den Anstaltsvorstand weitergibt. Der Stempel beweist nur, daß die Quittungskarte an dem betreffenden Tage dem Ueberwachungsbeamten vorgelegen hat. Durch den Stempelaufdruck will und soll der Ueberwachungsbeamte zu der Frage der Gültigkeit der in der Quittungskarte verwendeten Marken überhaupt nicht Stellung nehmen. Das gilt ebenso von dem Entwertungsstempel des Ueberwachungsbeamten. Durch die Entwertung der Marken sollen ihre nochmalige Verwendung und ähnliche Unregelmäßigkeiten verhütet werden (zu vgl. Begr. zum J. und AVG. S. 127). Um dies möglichst sicherzustellen, ist durch die Bekanntmachung über die Einrichtung der Quittungskarten für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung sowie das Entwerten und Vernichten der Beitragsmarken und der Zusatzmarken vom 10. November 1911 (Amtl. Nachr. 1912 S. 326) den Ueberwachungsbeamten die Pflicht auferlegt worden, alle in den Quittungskarten befindlichen Marken, die noch nicht entwertet waren, zu entwerten. Der Ueberwachungsbeamte, der dieser Pflicht nachkommt, soll aber damit einer Entscheidung über die Gültigkeit der Markenverwendung und über die Fragen des Versicherungsrechts oder der Versicherungspflicht nicht vorgreifen. Die Feststellung des Oberversicherungsamts, daß der Anspruch des Klägers auch durch ein die Landesversicherungsanstalt bindendes Anerkenntnis gedeckt sei, beruht demgemäß auf unrichtiger Anwendung des bestehenden Rechtes.

Wie der verweisende Senat mit Recht angenommen hat, müßte gleichwohl das angefochtene Urteil aufrechterhalten werden, wenn im Anschluß an die Revisionsentsch. 1780 in der Einziehung von Marken durch die Einzugsstelle ein Anerkenntnis zu erblicken wäre.... Es konnte aber der Große Senat ebenso wie der verweisende Senat die Grundsätze der Revisionsentscheidung 1780 nicht für zutreffend erachten. Vielmehr hat er im Gegensatz zu dieser Entscheidung in der Einziehung von Beiträgen durch eine Einzugsstelle ein die Versicherungsanstalt bindendes Anerkenntnis im Sinne des § 1445 Abs. 2 Satz 2 RVO. nicht zu erblicken vermocht.

In der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung begründet im allgemeinen die Beitragsleistung als solche ohne gleichzeitiges Be-

Digitized by Google

stehen eines materiellrechtlichen Versicherungsverhältnisses keinen Anspruch auf Versicherungsleistungen. Von diesem Grundsatz hat die Reichsversicherungsordnung zugunsten der formalen Versicherung insofern Ausnahmen zugelassen, als sie dem Anerkenntnisse der Versicherungspflicht oder der Versicherungsberechtigung (§ 1445 Abs. 2) sowie einem gewissen Zeitablaufe (§ 1445 Abs. 3) die Rechtswirkungen der materiellen Versicherung beilegt.

Das Anerkenntnis muß von der Versicherungsanstalt ausgehen. Sie wird vertreten durch ihre Organe. Hauptorgan ist der Vorstand, der die Stellung eines gesetzlichen Vertreters hat und die Versicherungsanstalt verwaltet, soweit Gesetz oder Satzung nichts anderes bestimmen (§§ 5, 1342 RVO.). Andere Organe sind zur Vertretung nur soweit berufen, wie ihre besondere Vertretungsmacht reicht. Zwar ist mit der Revisionsentsch. 1780 aus den dort angeführten Gründen anzunehmen, daß die Einzugsstelle Organ der Versicherungsanstalt ist, und zwar auch dann, wenn sie, wie vorliegend, nicht von der Versicherungsanstalt selbst eingerichtet ist. Als Organ ist sie aber nur berufen, in dem ihr zugewiesenen Wirkungskreise den Willen der Anstalt zu bilden und zu äußern (zu vgl. Revisionsentscheidung 1736 Amtl. Nachr. 1913 S. 596). Ihre Tätigkeit erstreckt sich auf die Einziehung der Beiträge und erfaßt daneben noch andere verwandte Geschäfte, wie beispielsweise die Ausstellung und den Umtausch von Quittungskarten (zu vgl. Entsch. des Preuß. OVG. vom 20. Februar 1908, Amtl. Nachr. 1908 S. 648). Die Abgabe von Anerkenntnissen über Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung gehört nicht zu den Aufgaben der für die sonst den Beteiligten obliegende Verwendung der Beitragsmarken geschaffenen Einzugsstellen. Eine Befugnis von so weittragender Bedeutung kann auch nicht als Zubehör der Einziehung von Beiträgen angesehen werden. Im Sinne der Revisionsentsch. 1780 würde selbst ein bloßes Entgegennehmen von Beiträgen durch die in versicherungsrechtlichen Fragen häufig wenig geschulten Einzugsstellen dem auf eingehender Sachprüfung gestützten Anerkenntnisse des Anstaltsvorstandes gleichwertig sein. Das kann nicht die Absicht des Gesetzgebers gewesen sein. Die Einziehung der Beiträge durch eine Einzugsstelle kann einem Anerkenntnisse der Versicherungsanstalt um so weniger gleichgestellt werden, weil dies eine Durchbrechung des Grundsatzes bedeuten würde, daß andere Organe als der Vorstand nur im Rahmen ihrer besonderen Vertretungsmacht für die Versicherungsanstalt zu handeln berufen sind. Eine an die Einziehung der Beiträge durch die Einzugsstelle geknüpfte so weitgehende Rechtsfolge hätte im Gesetze besonders zum Ausdruck gebracht werden müssen. Da das nicht geschehen ist, so kann die Einzugsstelle aus eigenem Rechte nicht für befugt erachtet werden, ein Anerkenntnis der Versicherungspflicht oder -berechtigung für die Versicherungsanstalt abzugeben. Dies gilt selbst dann, wenn die Einzugsstelle vor Einziehung der Beiträge die Umstände des Einzelfalls geprüft haben sollte. Eine Prüfungspflicht in dieser Beziehung (zu vgl. für Württemberg § 18 der Verfügung des Ministeriums des Innern vom 13. Dezember 1911, Regierungsblatt S. 691 und § 47 der Ministerialverfügung vom 26. Oktober 1912, Regierungsblatt S. 788) hat nur instruktionelle Bedeutung. Eine Entscheidung steht der Einzugsstelle nicht zu. Vielmehr hat sie diese in Zweifelsfällen beim Vorstand der Versicherungsanstalt zu veranlassen, sofern sie nicht die Beteiligten auf den Weg des § 1459 RVO. verweisen will. Die Befugnis, Anerkenntnisse mit Wirkung für die Versicherungsanstalt zu erklären, ist nach § 1445 Abs. 2 in Verbindung mit §§ 1342, 5 dem Vorstand vorbehalten. Nur zufolge besonderen Auftrags oder bei nachträglicher Genehmigung des Vorstandes — beide Voraussetzungen treffen hier nicht zu — würden die lediglich als Einzugsorgane tätigen Einzugsstellen, ebenso wie dies in der Revisionsentscheidung 1736 für die Ueberwachungsbeamten angenommen ist, ein für die Anstalt bindendes Anerkenntnis abgeben können.

Es bleibt noch zu prüfen, ob etwa der Umstand, daß die Versicherungsanstalt die von der Einzugsstelle eingegangenen Beiträge vereinnahmt und die Quittungskarten ohne Prüfung der der Beitragseinziehung zugrunde liegenden Verhältnisse entgegengenommen hat, mit Rücksicht auf Treu und Glauben und die Sicherheit des Rechtsverkehrs eine Bindung der Versicherungsanstalt rechtfertigen könnte. Auch diese Frage ist zu verneinen. Gesichtspunkten dieser Art hat der Gesetzgeber in vollem Maße dadurch Rechnung getragen, daß er im § 1445 Abs. 2 und 3 dem Anerkenntnis und dem Zeitablaufe die Wirkung einer formalen Versicherung beilegte. Gegenüber dieser erschöpfenden Regelung ist es ausgeschlossen, neben Anerkenntnis und Zeitablauf noch der Einziehung von Beiträgen durch eine Einzugsstelle eine gleiche Wirkung beizumessen. Daß die Versicherungsanstalt nicht schon die bloße Vereinnahmung der Beiträge gegen sich gelten lassen muß, ergibt sich auch aus dem Wortlaut des § 1445 Abs. 3. Denn dort ist die Anfechtung der rechtsgültigen Verwendung von Beitragsmarken für die Versicherungsanstalt erst dann ausgeschlossen, wenn seit Aufrechnung der die Marken enthaltenden Quittungskarte zehn Jahre verflossen sind.

Das Urteil des Oberversicherungsamts mußte daher aufgehoben werden. Bei der dadurch er-

Digitized by Google

möglichten freien Nachprüfung des gesamten Akteninhalts erwies sich die Sache als spruchreif. Insbesondere konnte der Behauptung des Klägers in der Revisionsinstanz, der Ueberwachungsbeamte habe ihm erklärt, daß er der Invalidenversicherung beitreten müsse, maßgebende Bedeutung nicht beigelegt werden. Dies um so weniger, weil irgendwelche näheren Angaben über die angebliche Erklärung des Ueberwachungsbeamten nicht gemacht worden sind. Der Kläger ist im vorbereitenden Verfahren und in der Berufungsinstanz wiederholt vernommen worden. In letzterer wurde er ausdrücklich befragt, was der Ueberwachungsbeamte gesagt und ob er die Markenverwendung veranlaßt habe. Der Kläger hat aber bei dieser Gelegenheit nichts angeführt, was die Annahme eines Anerkenntnisses stützen könnte. Seine neue Behauptung in der Revisionsinstanz ist um so unglaubhafter, als der Ueberwachungsbeamte erstmals im Oktober 1909 eine Quittungskarte des Klägers geprüft hat. Er kann dabei kaum erklärt haben, der Kläger müsse der Versicherung „beitreten", weil der Kläger zur Zeit der Prüfung der Quittungskarte bereits über ein und ein halbes Jahr lang Marken verwendet hatte. Eine nochmalige Anhörung des Ueberwachungsbeamten über die neuerliche Behauptung des Klägers war hiernach entbehrlich. Es muß als ausgeschlossen gelten, daß der Ueberwachungsbeamte, der sich schon früher eingehend geäußert hat, jetzt wesentlich Neues und von seiner Aussage im vorbereitenden Verfahren Abweichendes erklären könnte. Ueberwachungsakten sind aber, wie der Vertreter der Beklagten vor dem Oberversicherungsamt erklärt hat, nicht vorhanden. Nach alledem war davon auszugehen, daß der Ueberwachungsbeamte ein Anerkenntnis im Sinne des § 1445 Abs. 2 Satz 2 nicht abgegeben hat. Es mußte daher nach Aufhebung der angefochtenen Entscheidung der Ablehnungsbescheid der Beklagten wiederhergestellt werden.

D. Zur Angestelltenversicherung.

Die versicherungspflichtige Beschäftigung als Hauptberuf.

Beschluß des **Rentenausschusses Berlin** vom 18. Mai 1914.

Der Angestellte W. übt unstreitig zwei Erwerbstätigkeiten aus: erstens ist er städtischer Trichinenschauer in E., zweitens Barbier und Friseur daselbst.

Daß die erstere Tätigkeit an sich der Versicherungspflicht nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte unterliegt, wird weder von einem der Beteiligten bestritten, noch ist es nach der bisherigen Rechtsübung des Rentenausschusses zweifelhaft. Danach ist W. insoweit als Angestellter in gehobener Stellung im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte zu betrachten. Erforderlich für die Bejahung seiner Versicherungspflicht ist aber weiter noch, daß die versicherungspflichtige Beschäftigung seinen Hauptberuf bildet. Das Vorhandensein dieser Voraussetzung wird vom Magistrat E. als Arbeitgeber W.s verneint.

Für die Frage nach dem Hauptberuf kommt es vor allem auf Art und Dauer der Beschäftigungen und auf die Höhe des hieraus bezogenen Einkommens an.

Was zunächst das Einkommen W.s betrifft, so verdient er als Trichinenschauer 900 M. und als Barbier und Friseur 120 M. jährlich. Sonach ist sein Einkommen aus versicherungspflichtiger Tätigkeit größer als das aus der nicht versicherungspflichtigen; die Zinsen aus Grundbesitz sind im vorliegenden Falle ohne Einfluß. Einnahmen aus Vermögen können nur dann bei der Beurteilung des Hauptberufes in Frage kommen, wenn sie so erheblich sind, daß sie für die gesellschaftliche Stellung des Bezugsberechtigten von maßgebender Bedeutung sind, so daß die nebenher betriebene gewinnbringende Beschäftigung nur den Charakter der Liebhaberei erhält.

Ebenso überwiegt auch die Zeit, die W. auf die versicherungspflichtige Tätigkeit verwendet, gegenüber derjenigen, die er seiner sonstigen Beschäftigung widmet. Folgt man den Angaben des Magistrats E., so ist er an zwei Tagen in der Woche 8 bis 9 Stunden, an den übrigen Tagen je 3 Stunden am Schlachthof tätig. Dazu kommt, daß ständige Dienstbereitschaft besteht, die auch für die übrige Zeit Unfreiheit mit sich bringt und daher der wirklichen Arbeit gleichzuachten ist (vgl. Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1899 S. 651). Dagegen nimmt den Angestellten sein Friseur- und Barbiergewerbe höchstens 2 Stunden wöchentlich in Anspruch.

Bei dieser Sachlage ist es nicht zweifelhaft, daß die versicherungspflichtige Tätigkeit sowohl den größeren Teil der Arbeitszeit W.s in Anspruch nimmt als auch ihm das größere Einkommen gewährt und daher seinen Hauptberuf ausmacht.

W. unterliegt deshalb gemäß § 1 Abs. Nr. 2 als Angestellter in gehobener Stellung der Versicherungspflicht nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Digitized by Google

Grundsätze zu den §§ 15, 394 und 395 des VGfA. aus der Uebung der Reichsversicherungsanstalt.

(„Angestelltenversicherung" 1914 S. 254.)

Zu §§ 15, 394. Die Wartezeit beträgt für den nach § 394 VGfA. freiwillig Versicherten 150 Beitragsmonate (§ 48 Abs. 2 a. a. O.). Als solche kommen hierbei nur Monate in Betracht, in denen Beiträge entrichtet sind, nicht dagegen Monate, für die gemäß § 15 Abs. 1 Satz 2 a. a. O. nach Zurücklegung von 120 Beitragsmonaten die Anerkennungsgebühr gezahlt ist.

Zu § 395. Für die Entscheidung, ob bei Abkürzung der Wartezeit nach § 395 VGfA. die Abkürzungsjahre als freiwillig versichert oder als pflichtversichert zurückgelegt anzusehen sind, ist das bei Eintritt des Angestellten in die Versicherung bestehende Versicherungsverhältnis maßgebend (vgl. Grundsatz zu § 396 AVN 1913 S. 180).

Grundsätzliche Entscheidung des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" 1914 S. 254.)

Nr. 15. Die Befreiung von der eigenen Beitragsleistung gemäß § 390 Abs. 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte wird dadurch nicht ausgeschlossen, daß die Beiträge zur privaten Versicherung durch eine einmalige Kapitalszahlung abgelöst worden sind.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Heilverfahren der Angestelltenversicherung während des Krieges.

Ueber die Stellungnahme des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt zu dieser Frage erfahren wir von zuständiger Stelle folgendes:

In den Kreisen der Versicherten besteht, wie die vielen an die Reichsversicherungsanstalt gerichteten Anfragen erkennen lassen, immer noch nicht die wünschenswerte Klarheit darüber, in welcher Weise das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt den infolge des Kriegsausbruchs eingetretenen Verhältnissen auf dem Gebiete des Heilverfahrens Rechnung getragen hat.

Nachdem in der ersten Zeit nach der Kriegserklärung die Durchführung des Heilverfahrens insofern eine Einschränkung erfahren mußte, als Heilverfahren nur in den Fällen gewährt wurden, in denen es sich um tuberkulose Erkrankungen der Lunge handelte, wurde diese durch die damaligen Verhältnisse gebotene Einschränkung sogleich aufgehoben, nachdem die inzwischen angestellten Erhebungen hinsichtlich der Frage der ärztlichen Versorgung der Patienten und der Anzahl der zur Verfügung stehenden Sanatorien usw. ein zufriedenstellendes Ergebnis aufgewiesen hatten.

Seit diesem, bereits längere Zeit zurückliegenden Zeitpunkte werden also die Heilverfahren wieder in dem vor dem Ausbruch des Krieges bestehenden Umfange durchgeführt.

Zur Abnahme der Zahl der Erwerbsunfähigen während des Krieges.

Wir erhalten folgende Zuschrift:

„Mit großem Interesse nahmen wir fernerhin von der Aufstellung in Heft 33 S. 795 über die Zahl der arbeitsunfähigen Kranken am 1. Juli und 1. Oktober d. J. Kenntnis, soweit die aufgeführten Ortskrankenkassen in Betracht kommen. Wir glauben, daß es zur Beurteilung der Frage, wodurch die auffällige Abnahme der arbeitsunfähigen Kranken erzielt ist, nicht unwesentlich sein dürfte, zu berücksichtigen, daß eine große Anzahl derjenigen Mitglieder, die am 1. Juli in Heilstätten- und Krankenhausbehandlung waren, kurz nach Kriegsausbruch plötzlich entlassen worden sind. Die Heilstättenbehandlung hat ja in der ersten Zeit vollständig aufgehört und auch die Krankenhäuser sind ganz ungemein von Kranken gesäubert worden. Hier im Städtischen Krankenhause in Barmen allein sind bei Kriegsbeginn etwa 200 Betten frei geworden. Alle in Heilstätten-Behandlung befindlichen Personen waren aber nicht als arbeitsunfähig im allgemeinen Sinne des Krankenversicherungsgesetzes zu betrachten und sind ohne weiteres wieder ihrem Berufe nachgegangen. Die Herabminderung des Prozentsatzes der erwerbsunfähigen Kranken in der Zeit vom 1. Juli bis 1. Oktober dürfte unseres Erachtens nicht zum wenigsten mit auf diesen Umstand zurückzuführen sein."

Die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen während des Krieges.

Bekanntlich ist die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen durch den Krieg bisher nicht in dem Maße ungünstig beeinflußt worden, wie es beim Ausbruch des Krieges befürchtet wurde. Dies ergibt sich schon aus unseren Mitteilungen in Heft 33 S. 794 und 795. Genaueres ist durch Erhebungen des Reichsamts des Innern ermittelt. Das Notgesetz vom 4. August 1914 hat die Krankenkassen allgemein auf die Regelleistungen beschränkt, und die Beiträge auf $4^1/_2$ vom Hundert festgesetzt. Jedoch gestattet es den leistungsfähigen Kassen, mit Genehmigung des Versicherungsamtes, neben den Regelleistungen durch die Satzung höhere Leistungen zu übernehmen und niedrigere Beiträge als $4^1/_2$ vom Hundert des Grundlohns zu erheben. Das Reichsamt hat festgestellt, wie viele Krankenkassen von der erwähnten Ermächtigung Gebrauch gemacht haben. Danach erheben niedrigere Beiträge 2091 Kassen; es gewähren Mehrleistungen 922 Kassen, es erheben niedrigere Beiträge und gewähren gleichzeitig höhere Leistungen 2539 Kassen. Insgesamt

Digitized by Google

ist also fast bei der Hälfte der Krankenkassen eine für die Versicherten günstigere Gestaltung eingetreten. Von dem im genannten Gesetze gleichfalls gegebenen Rechte, die Versicherung der Hausgewerbtreibenden durch statutarische Bestimmung aufrecht zu erhalten oder einzuführen, ist in 121 Fällen Gebrauch gemacht worden.

Ersatzkassen, an welche $^4/_5$ der Arbeitgeberbeiträge abzuführen sind.

Der Bundesrat hat wieder den Anträgen einer Reihe von Ersatzkassen aus § 518 RVO. stattgegeben. Wir stellen im folgenden die Verzeichnisse der Ersatzkassen zusammen, an die nach den beiden Bekanntmachungen des Reichskanzlers v. 27. Juni und v. 2. November 1914 (ZentrBl. f. d. Deutsche Reich No, 33 und Nr. 57 S. 362 und S. 572) die Krankenkassen $^4/_5$ der bei ihnen eingehenden Beitragsteile der Arbeitgeber abzuführen haben:

I. Mit Wirkung vom 1. Juli 1914 ab:

1. Krankenkasse für Kaufleute und Privatbeamte in Deutschland in Barmen,
2. Kranken- und Begräbniskasse des Vereins der deutschen Kaufleute in Berlin,
3. Kranken- und Sterbekasse für Schiffer „Neptun" in Breslau,
4. Krankenkasse des Verbandes kath. kaufm. Gehilfinnen in Cöln,
5. Kranken- und Sterbekasse für Handlungsangestellte und Privatbeamte in Crefeld und dem Handelskammerbezirk Crefeld in Crefeld,
6. Kaufm. Krankenkasse für Rheinland und Westfalen in Elberfeld,
7. Kranken- und Begräbniskasse des Kaufm. Vereins in Frankfurt a. M.,
8. Kranken- und Begräbniskasse des Buchdruckervereins der Königlichen Haupt- und Residenzstadt Hannover zu Hannover,
9. Kranken- und Begräbniskasse des Kaufmänn. Vereins in Magdeburg,
10. Krankenkasse des Deutschen Privatbeamtenvereins, Versich.-Verein a. G. in Magdeburg,
11. Krankenkasse für Kaufleute in Chemnitz,
12. Kranken- und Begräbniskasse des Verbandes deutscher Handlungsgehilfen in Leipzig,
13. Kranken- und Begräbniskasse des Verbandes deutscher Bureaubeamten in Leipzig,
14. Krankenkasse deutscher Buchhandlungsgehilfen in Leipzig,
15. Unterstützungskasse des Zieglervereins für Alverdissen in Alverdissen,
16. Zieglerkrankenkasse in Bösingfeld,
17. Zieglerunterstützungskasse in Brake (Lippe),
18. Selbständige Zieglervereins-Hilfskrankenkasse in Elbrinxen,
19. Unterstützungskasse des Zieglervereins in Großenmarpe,
20. Zieglerkranken- und Unterstützungskasse in Haustenbeck,
21. Zieglerhilfskrankenkasse in Heidenoldendorf-Hiddesen,
22. Unterstützungskasse des Lippischen Zieglervereins I in Lage,
23. Unterstützungskasse des Lippischen Zieglervereins II in Lage,
24. Unterstützungskasse des Lippischen Zieglervereins in Lieme (Lippe),
25. Unterstützungskasse des Lippischen Zieglervereins für Lübenhausen und Umgebung in Lübenhausen,
26. Zieglerkrankenkasse zu Oerlinghausen (Lippe),
27. Unterstützungskasse des Zieglervereins in Schlangen (Lippe),
28. Zieglerkranken- und Unterstützungskasse in Schötmar (Lippe),
29. Unterstützungskasse des Zieglervereins in Schwalenberg,
30. Unterstützungskasse des Lippischen Zieglervereins für Stemmen und Umgebung in Stemmen (Lippe),
31. Handelskrankenkasse Vers.-Ver. a. G. in Bremen,
32. Kranken- und Begräbniskasse des Vereins für Handlungskommis von 1858 (Kaufm. Verein) in Hamburg,
33. Deutschnationale Kranken- und Begräbniskasse in Hamburg,
34. Krankenkasse für deutsche Gärtner in Hamburg.

II. Mit Wirkung vom 1. November 1914 ab:

1. Krankenkasse des Verbandes katholischer kaufmännischer Vereinigungen Deutschlands in Hannover,
2. Kranken- und Sterbekasse des Verbandes der deutschen Versicherungsbeamten in München,
3. Krankenkasse des Vereins Merkur in Nürnberg,
4. Zieglerunterstützungskasse in Diestelbruch bei Detmold,
5. Unterstützungskasse des Lippischen Ziegelmeistervereins in Lage in L.
6. Zieglerkranken- und Unterstützungskasse in Leopoldshöhe,
7. Zieglervereinskrankenkasse zu Brakelsiek i. L.,
8. Kaufmännische Krankenkasse für die Unterweserorte Bremerhaven, Geestemünde und Lehe in Bremerhaven,
9. Krankenkasse für Handlungskommis von 1826 in Hamburg.

Der „Voranschlag" der Krankenkassen auf das Jahr 1915.

Eine der Neuerungen, die die RVO. für die Verwaltung der Krankenkassen brachte, ist die Aufstellung eines Voranschlags, also eines Haushaltsplanes. Das Gesetz selbst sagt nicht viel über ihn; nach § 321 der RVO. muß die Satzung nähere Bestimmungen über die Aufstellung treffen; nach § 345 muß die endgültige Festsetzung vom Ausschuß vorgenommen werden. Aber auch in den Satzungen ist nicht viel über die Aufstellung zu finden. Nach den amtlichen Mustersatzungen (§ 96) hat alljährlich der Kassenvorstand einen Voranschlag für das folgende Geschäftsjahr aufzustellen. Der Voranschlag ist dem Ausschuß in der letzten ordentlichen Sitzung des Vorjahres zur Beschlußfassung so zeitig vorzulegen, daß er mit Beginn des neuen Geschäftsjahres durch den Ausschuß verabschiedet sein kann. Nach der vom Hauptverband deutscher OKK. herausgegebenen Mustersatzung soll nicht der Kassenvorstand den Voranschlag aufstellen, sondern eine vom Ausschuß zu wählende Kommission. Es soll dann diese dem Ausschuß den Voranschlag vorlegen. Der Vorstand ist bei seiner Geschäftsführung an den festgestellten Voranschlag gebunden. Ausgaben, die nicht in diesem vorgesehen sind — so sagt die amtliche Mustersatzung — bedürfen, soweit sie nicht unmittelbar auf Gesetz oder Satzung beruhen, oder der Vorstand nach der Satzung zur Entscheidung zuständig ist, der Genehmigung des Ausschusses.

Digitized by Google

Die Aufstellung des Voranschlags kann nur mit Hilfe der Ziffern der letzten Rechnungsabschlüsse geschehen. Bei Bemessung der voraussichtlichen Einnahmen an Beiträgen und der Ausgaben an Leistungen muß auf die wahrscheinliche Mitgliederbewegung Rücksicht genommen werden. Zur Aufstellung des Voranschlags sind Formulare eingeführt. Nach der Genehmigung durch den Ausschuß ist der Voranschlag dem Versicherungsamt einzureichen. Etwaige Ueberschreitungen des Voranschlags sind dem Ausschuß in seiner nächsten Sitzung zur Genehmigung vorzulegen.

In der Begründung zur RVO. ist Seite 200 über die Neuerung gesagt: „Bei der Zentralisation der Krankenkassen wird für diese ein ordnungsmäßiger Voranschlag von erhöhter Bedeutung sein. Wenn auch ein großer Teil der Ausgaben nach Gesetz und Satzung festgelegt ist, so werden doch auch die vom Ermessen der Kassenorgane abhängigen Ausgaben voraussichtlich eine größere Rolle spielen. Für die Versicherungsanstalten hat schon die Novelle von 1899 Vorsorge in ähnlichem Sinne getroffen. Schwierigkeiten haben sich bei ihnen daraus in der Praxis nicht ergeben." In der Kommissionsberatung ist man auf den Voranschlag mit keinem Wort zu sprechen gekommen; alle die einschlägigen Bestimmungen wurden ohne Diskussion einstimmig angenommen. Auch sonst findet man in den Gesetzesmaterialien und Kommentaren wenig über den Voranschlag.

Ueber die Zweckmäßigkeit der neuen Einrichtung kann man verschiedener Ansicht sein. Jedenfalls liegt eine Notwendigkeit zu einer solchen Einrichtung für kleine Kassen nicht vor. Bei den Krankenkassen bewegen sich Einnahmen und Ausgaben in festen, durch die Satzungen bezeichneten Bahnen und es ist für freiwillige, darüber hinausgehende Leistungen oder auch für die Möglichkeit, die statutarischen Pflichtleistungen auf dem Verwaltungswege einzuschränken oder zu erweitern, kein Raum. Anderseits können auch die sorgfältigsten Vorausberechnungen durch wirtschaftliche Vorgänge schon in normalen Zeiten (Krisen, Aussperrungen, Streiks usw.) über den Haufen geworfen werden. Was die Begründung von den Invalidenversicherungsanstalten sagt, trifft noch nicht in dem Umfange auf die Krankenkassen zu. Die Versicherungsanstalten haben größeren Spielraum in freiwilligen Leistungen: Heilverfahren, Invalidenhauspflege 2c. Diese Freiheiten fehlen den Krankenkassen fast gänzlich. Trotzdem ist aber auch der Voranschlag bei den Versicherungsanstalten nur eine Formsache, aber keine Notwendigkeit.

Wie mit Blitzlicht beleuchtet jetzt der Krieg die Ueberflüssigkeit des Voranschlags. Hielt es schon infolge Fehlens aller Unterlagen schwer, für das Rechnungsjahr 1914 überhaupt einen Voranschlag zustande zu bringen, so zeigt die Erfahrung, daß alle Berechnungen nichts helfen. Ein einschneidender wirtschaftlicher Vorgang wirft alles wieder über den Haufen. Und sind schon im laufenden Jahre einige Beobachtungen gemacht worden, so können sie unmöglich auf das bevorstehende Jahr 1915 angewendet werden. Die Festsetzung des Voranschlags auf das kommende Jahr ist eine Rechnung „mit Unbekannten". Was zunächst die Berechnung der mutmaßlichen Einnahmen anbetrifft, so hängt diese gänzlich von der Dauer des Krieges ab. Die durch den Krieg hervorgerufene Verminderung der Mitgliederzahl schwankt bei den einzelnen Kassen zwischen einem Viertel und einem Fünftel der seitherigen Gesamtzahl. Kann nun jetzt ein Mensch sagen, wie lange diese Verringerung andauert? Und wenn schon ein Uebermensch wüßte, wie lange der Krieg dauert, so wird er nicht wissen, wie sich nach ihm die Mitgliederzahl gestaltet. Da aber doch eine Festsetzung getroffen werden muß, so wird es sich vielleicht empfehlen, die gegenwärtige verminderte Mitgliederzahl noch bis Mitte 1915 anzunehmen. Geht der Krieg einige Monate früher oder später zu Ende, so wird die Feststellung nicht allzusehr erschüttert. Aehnlich unsicher ist die Berechnung der Ausgaben. Zunächst hängt auch sie von der Dauer des Krieges ab. Dann kommen noch andere Momente hier in Betracht: welche Belastung werden z. B. die aus dem Kriege Zurückgekehrten verursachen? Daß sie mehr oder weniger alle einen „Knax" mitbringen, dürfte leider zu befürchten sein. Es dürfte auch weiter eine Frage sein, ob die seit dem Kriegsausbruch beobachtete Abnahme der verhältnismäßigen Zahl der erwerbsunfähig Kranken von langer Dauer ist. Gegenwärtig hat einmal der Teufel den Beelzebub ausgetrieben (zu vgl. Heft 33 S. 794), doch ist immer mit der Möglichkeit zu rechnen, daß sie — alle beide zusammen — sich recht bald wieder bemerkbar machen. Man wird aber auch hier etwa die Ergebnisse des Jahres 1914 einstellen können.

Es besteht ein kleiner Trost bei der Sache: Wenn der Voranschlag nicht stimmt, so kann weder der Vorstand noch der Ausschuß gehängt werden. Irgendwelche Bestrafung oder sonstige Maßnahme gegen die Kassenorgane ist ausgeschlossen. Sie können sich deshalb allzu arges Kopfzerbrechen ersparen.

Die Buchung der „Ersatzleistungen" bei Krankenkassen.

Das Kaiserl. Statistische Amt in Berlin hat auf eine Anfrage sich folgendermaßen geäußert:

„Alle derartige Erstattungen werden sowohl unter Ersatzleistungen, als auch bei den einzelnen Titeln des Kapitels 4 zu erscheinen haben.

Da beim Kapitel 4 nur die Reinausgaben zu verzeichnen sind, sind die Ersatzzahlungen an fremde Kassen den Ausgaben zuzurechnen, dagegen die von fremden Kassen empfangenen Ersatzzahlungen von den Bruttoausgaben abzuziehen."

Mit Bezug hierauf hat das Versicherungsamt Bielefeld in einem Rundschreiben an die Kassen seines Bezirks ausgeführt: Die Zahlungen an Versicherungsanstalten bei Heilverfahren, die Erstattungen an Armenverbände usw. werden also in Zukunft im Ausgabebuch (Muster 24/153, Verlag von W. Bertelsmann, Bielefeld) nicht nur in den Spalten 29 bis 31, sondern je nach ihrer Art auch in den Spalten 6 bis 23 zu erscheinen haben.

Auch die Zahlungen an Versicherte, die später wieder erstattet werden, sind in den genannten Spalten zu verbuchen. Die in der Einnahme verbuchten Erstattungen (Ersatzleistungen) werden am Jahresschlusse von den Summen der den Einnahmen entsprechenden Ausgabespalten (6 bis 23) in Abzug gebracht.

Digitized by Google

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und recht deutlich zu schreiben.

Kosten eines ärztlichen Gutachtens im Spruchverfahren.

1. **Nach Heidelberg.** Antwort: Die Kosten eines Gutachtens, das das Versicherungsamt von dem behandelnden Arzt des Versicherten einholt, gehören zu den gerichtlichen Kosten, die, soweit es sich um Barauslagen handelt, nach § 59 Abs. 2 RVO. von den Versicherungsträgern zu erstatten sind. Eine Verpflichtung des Versicherten zur Erstattung von Kosten an die Kasse kann nur für außergerichtliche Kosten in Frage kommen (§ 1670 RVO.). Gerichtliche Kosten können nur in besonderen Fällen (§§ 1802, 1803 RVO.) durch die Versicherungsbehörde dem Versicherten direkt auferlegt werden.

Krankenversicherung eines Arbeiters bei einer umherziehenden Dreschmaschine.

2. **Nach Copitz.** Antwort: Da der Arbeiter von einem Dreschmaschinenbesitzer zum Dampfdrusch bei verschiedenen Landwirten mitgenommen wurde, war er im Betriebe dieses Unternehmers beschäftigt, selbst wenn er seinen Lohn durch die einzelnen Landwirte erhalten haben sollte (Hahn, Handb. der KrVers. S. 593). Es handelte sich also, auch wenn die Arbeit bei den einzelnen Besitzern immer nur wenige Tage dauerte, um ein festes Arbeitsverhältnis zu dem Unternehmer mit wechselndem Beschäftigungsort, so daß nach § 154 RVO. der Sitz des Betriebes als Beschäftigungsort gelten muß. Sitz des Betriebes aber ist der Ort, der sich als wirtschaftlicher Mittelpunkt des Unternehmens darstellt, d. h. der Ort, von dem aus die Arbeit geleitet wird. ev. der Wohnort des Unternehmers (vgl. Hahn S. 144 Anm. 1 und 2 zu § 154). Bei der für diesen Ort zuständigen Krankenkasse war daher der Arbeiter versichert.

Anspruch auswärtiger Berechtigter auf Familienhilfe; Umfang des Ersatzes für selbstbeschaffte ärztliche Behandlung.

3. **Nach Duisburg-Ruhrort.** Antwort: Die auswärtigen Kassenmitglieder zahlen die gleichen Beiträge wie die im Kassenbezirk wohnenden. Deshalb dürfen sie auch nicht schlechter gestellt werden, auch nicht hinsichtlich der Familienhilfe. Daher ist die beschränkende Bestimmung in § 33 Ziff. 3a der Satzung für ungültig zu erachten und davon auszugehen, daß auch den Angehörigen der Mitglieder außerhalb des Kassenbezirks nach Ziff. 1 a die ärztliche Behandlung durch die Kassenärzte zu gewähren ist. Ist am Wohnorte des Mitgliedes ein Kassenarzt nicht bestellt, so kann der Berechtigte sich die erforderliche ärztliche Hilfe selbst beschaffen und die notwendigen Kosten von der Kasse ersetzt verlangen. Hält der Arzt sich direkt an die Kasse, so kann er nach § 2 der preuß. Geb.Ordg. für Aerzte nur die Mindestsätze beanspruchen. Diese betragen für 5 Besuche oder Beratungen, einschließlich der Untersuchung, zusammen 5 M. (Ziff. 1, 3, 5 der Taxe). Die Röntgenbehandlung ist aber eine Verrichtung, für die der Arzt besonderen Anspruch auf Vergütung hat (Ziff. 6). Dabei kommt noch in Betracht, daß diese Leistung sich zusammensetzt aus eigentlicher ärztlicher Behandlung in Verbindung mit Gewährung eines Heilmittels (zu vgl. Arb.-Vers. 1911 S. 22 Ziff. 7). Für die Behandlung steht dem Arzte bei entsprechender Anwendung der Ziff. 32 eine Gebühr von je 2 M., zusammen 10 M. zu. Daneben steht ihm Anspruch auf angemessenen Ersatz für das Heilmittel zu; aber von der Kasse kann er dafür nicht mehr fordern, als diese dem Mitgliede zu gewähren schuldig ist, das ist nach § 33 Ziff. 1 b und Ziff. 3 b der Satzung höchstens 10 M. Sonach berechnet sich der Gesamtanspruch an die Kasse auf 25 M.

Auseinandersetzung zwischen einer Ortskrankenkasse und einer am 1. Januar 1914 ins Leben getretenen Landkrankenkasse. — Verzugszinsen?

4. **Nach H.** Frage: Am 1. Januar 1914 d. Js. wurde hier eine Landkrankenkasse errichtet, bis zu diesem Tage waren die in der Land- und Forstwirtschaft beschäftigten Arbeiter usw. Mitglieder unserer allgemeinen Ortskrankenkasse. Die gewerblichen Mitglieder zahlten in allen 4 Stufen pro Woche zusammen 87 Pf., während die landwirtschaftlichen Mitglieder in allen 4 Stufen pro Woche nur 72 Pf. zahlten. Die Landkrankenkassen und das Versicherungsamt beanspruchen gemäß § 293 der RVO. eine gleichmäßige Verteilung des Vermögens auf die Mitgliederzahl, während wir eine gerechte Verteilung im Verhältnis der aufgebrachten Beiträge beantragten. Können wir mit unserer Forderung durchkommen? Ist unsere Kasse verpflichtet, vom 1. 1. 1914 ab bis zum Tage der Ueberweisung des Vermögensteiles 4% Zinsen an die Landkrankenkasse zu zahlen?

Antwort: Der § 293 RVO. gilt nur im Falle der Vereinigung von Krankenkassen sowie gemäß § 298 (Abs. 2) in den dort bezeichneten Fällen der Ausscheidung von Kassenteilen. Keiner dieser Fälle liegt hier vor, sondern es handelt sich um einen Uebergang von Mitgliedern bei der erstmaligen Bildung einer Landkrankenkasse. Für diesen in der RVO. nicht vorgesehenen Fall hat der Bundesrat laut Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 21. November 1913 (ArbVers. 1913 S. 850) eine besondere Uebergangsvorschrift erlassen. Danach „kann" das Versicherungsamt der Landkrankenkasse einen dem Mitgliederübergang entsprechenden Teil des Vermögens der Ortskrankenkasse zuweisen. Das Versicherungsamt hat hiernach pflichtmäßig zu ermessen, ob und in welcher Höhe eine Ueberweisung erfolgen soll, aber es darf von einer solchen nur

Digitized by Google

bei ganz geringfügigen Verschiebungen des Mitgliederbestandes absehen. Im übrigen schließt das Ermessen auch die Befugnis ein, bei Bestimmung des zu überweisenden Vermögensbetrages neben der Zahl der übergehenden Mitglieder auch andere Umstände, so namentlich die gesamte Vermögenslage der beiden Kassen, billig zu berücksichtigen (zu vergl. Entsch. des RVA. 1903 Amtl. Nachr. 1914 S. 724). Deshalb darf auch der Umstand berücksichtigt werden, daß die übergehenden Mitglieder geringere Beiträge entrichtet haben, wenn dies nach den Umständen billig erscheint, insbesondere weil der Unterschied für die Vermögensbildung von erheblicher Bedeutung war. — Was die Verzugszinsen betrifft, so ist es zunächst schon nicht unbestritten, ob solche bei Ansprüchen öffentlichen Rechts überhaupt gefordert werden können. Hält man aber die Vorschriften des bürgerlichen Rechts in solchen Fällen für anwendbar, so wäre zu beachten, daß der Anspruch der Landkrankenkasse keinesfalls vor der Bestimmung des Betrages durch das Versicherungsamt fällig wird und daß die Ortskrankenkasse auch dann noch nicht ohne weiteres in Verzug kommt und zur Zahlung von Verzugszinsen verpflichtet wird, sondern erst, wenn sie auf eine Mahnung der Landkrankenkasse nicht zahlt (§§ 284, 288 BGB.)

Zahltag im Sinne des § 519 RVO.

5. **Nach H.** Antwort: Als Zahltag im Sinne des § 519 RVO. kann nur der Tag gelten, an dem nach der Satzung die Beiträge an die Kasse zu zahlen sind (zu vgl. § 393 RVO.). Die Satzung Ihrer Kasse bestimmt, daß die Beiträge vierwöchentlich nachträglich eingeholt oder eingezahlt werden, die einzelnen Zahltage liegen also vier Wochen auseinander. Daß die Beiträge je für eine Woche berechnet werden, hat damit nichts zu tun.

Keine Krankenhilfe an Wöchnerinnen.

6. **Nach Barop.** Antwort: Für die Regelleistungen sind die unehelichen Wöchnerinnen den ehelichen gleichgestellt. Die Regelleistungen bestehen aber nach § 195 RVO. nur in der Zahlung von Wochengeld. Ein Anspruch auf Krankenhilfe besteht bei regelmäßigem Verlauf der Entbindung nicht, da es sich nicht um eine Krankheit im Sinne des Gesetzes handelt. Nach § 198 kann die Satzung auch Hebammendienste und ärztliche Geburtshilfe zubilligen und hierbei einen Unterschied zwischen ehelichen und unehelichen Wöchnerinnen machen. Die Uebernahme der Krankenhauskosten hat die Kasse jedenfalls mit Recht abgelehnt.

Einlegung der Berufung ohne Vollmacht.

7. **Nach Rheinbach.** Antwort: Die Kasse wird durch den Vorstand oder, wenn das Statut es bestimmt, durch einzelne Vorstandsmitglieder, insbesondere etwa durch den Vorsitzenden, vertreten (§ 5 RVO.). Von diesem gesetzlichen Vertreter oder von einem Bevollmächtigten muß die Berufungsschrift unterzeichnet sein; die Vollmacht muß schriftlich erteilt werden (14 der Vordg. über Geschäftsgang und Verfahren der Oberversicherungsämter). Dies kann für den Einzelfall oder auch allgemein geschehen. Ist den erwähnten Vorschriften nicht genügt, hat insbesondere der Rendant „im Auftrage" die Berufung eingelegt, ohne seine Vollmacht nachzuweisen, so braucht dies nicht durchaus zur Verwerfung des Rechtsmittels zu führen. Denn die Einlegung der Berufung kann vom Vorstande nachträglich, auch noch nach Ablauf der Rechtsmittelfrist, genehmigt werden (Entsch. des RVA. 1832 Amtl. Nachr. 1914 S. 499). Wir empfehlen also, daß der Vorstand eine solche Genehmigung zu den Akten einreicht.

Ortsbehörde als Zahlstelle der Krankenkassen.

8. **Nach Eichstätt.** Antwort: Da § 404 RVO. zunächst von der Bestimmung der gemeinsamen Meldestellen als Zahlstellen handelt und es dann für zulässig erklärt, daß den Ortsbehörden die Geschäfte der Zahlstellen übertragen werden, so ist anzunehmen, daß auch hier nur gemeinsame Zahlstellen gemeint sind, und daß die Bestimmung nicht zutrifft, wenn eine Kasse für sich allein Zahlstellen einrichten will.

Der Vorsitzende des Kassenausschusses hat nicht das Recht, den Sitzungen des Vorstandes beizuwohnen.

9. **Nach Höchst a. M.** Antwort: Das Gesetz gibt dem Vorsitzenden des Kassenausschusses kein eigentliches Recht, den Sitzungen des Vorstandes beizuwohnen, es kann ein solches Recht auch nicht aus dem Verhältnis des Ausschusses zum Vorstand, wie es sich aus dem Gesetz ergibt, gefolgert werden. Wohl aber darf der Vorsitzende des Ausschusses zu den Sitzungen des Vorstandes zugelassen werden (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. S. 14, 15 Anm. 1 und 2 zu § 11 RVO.); und wir meinen, daß es der Regel nach sachgemäß sein wird, Vertretern des einen Organs die Zulassung zu den Sitzungen des anderen nicht zu versagen.

a) Mittelbares Beschäftigungsverhältnis der Ehefrau eines Kastellans. b) Kein Anspruch des im Auslande Verwundeten aus § 214 RVO.

10. **Nach S.** Fragen: a) An verschiedenen städtischen Gebäuden sind Kastellane angestellt, denen nebenbei gegen eine feste jährliche Vergütung die Reinigung der Diensträume übertragen ist. In der Regel wird die Reinigung von den Ehefrauen der Kastellane ausgeführt; die Stadt zahlt aber die Entschädigung für die Reinigung nur an den Ehemann. Ferner engagiert der Kastellan zeitweise fremde Hilfskräfte, die er selbst entlohnt. Unterliegen die Ehefrauen der Kastellane, welche also für ihre Dienstleistungen eine besondere Vergütung nicht beziehen, der Krankenversicherungspflicht und eventuell auf wessen Kosten? Wer hat die Krankenversicherungsbeiträge für die fremden Hilfskräfte, die der Verwaltung nach Zahl und Namen nicht bekannt sind, zu tragen?

b) Ein versicherungspflichtiger Hausgewerbtreibender ist am 31. Juli 1914 zum Heeresdienst eingezogen. Am 17. August 1914, also vor Ablauf der dreiwöchigen Frist (§ 214 RVO.), wird er in Belgien verwundet und bis zum 15. September 1914 in Lazaretten im Feindesland behandelt. Seit dem 16. September 1914 befindet er sich hierselbst in Privatpflege. Hat der Kriegsteilnehmer Anspruch auf Krankengeld und seit welcher Zeit?

Antwort: a) Wenn nach den Umständen anzunehmen ist, daß, sei es auch nur stillschweigend,

Digitized by Google

auf die Mitwirkung der Ehefrau gerechnet und dies auch bei der Lohnbemessung berücksichtigt ist, so besteht ein mittelbares Beschäftigungsverhältnis der Ehefrau zur Stadtgemeinde als Arbeitgeberin und folglich Versicherungspflicht der Frau. Dies ist namentlich z. B. anzunehmen, wenn Wert darauf gelegt wird, daß der Kastellan verheiratet sei, und dies wiederum wird unter Umständen, z. B. aus der Art der ihm als Dienstwohnung überlassenen Räume gefolgert werden können (zu vgl. über Verhältnisse dieser Art: Anleitg. des RVA. v. 26. April 1912 Ziff. 14). In solchen Fällen hat also die Stadtgemeinde die Krankenversicherungsbeiträge auch für die Ehefrau einzuzahlen. Der Grundlohn ist durch Abschätzung des Verhältnisses ihrer Dienste zu denen des Mannes zu ermitteln. Ist aber nach Lage der Umstände nicht auf die Mitwirkung der Frau gerechnet, so sind ihre Dienste nur als eine Hilfe anzusehen, die sie dem Manne auf Grund des ehelichen Verhältnisses leistet, und in diesem Falle besteht keine Versicherungspflicht. Fremde Personen, auf deren Mitwirkung vom Arbeitgeber nicht gerechnet ist und die der Mann nur zu seiner Entlastung gelegentlich annimmt, sind *seine* Arbeiter; er muß daher die Beiträge für sie einzahlen, wenn überhaupt bei Berücksichtigung des § 168 und der §§ 441 ff. diese Personen versicherungspflichtig sind.

b) Es besteht *kein* Anspruch auf Krankengeld, auch nicht für die Zeit von der Rückkehr des Verwundeten ins Inland (§ 214 Abs. 3 und *Hahn*, Handb. der Kr.Vers. Anm. 9a und b zu § 214 S. 294, 295).

Abrundung der Kassenbeiträge.

11. **Nach Stollberg.** *Antwort*: Eine Abrundung der nach § 385 RVO. in Hundertsteln des Grundlohns zu bemessenden Beiträge noch oben auf volle Pfennige wird allerdings erfolgen müssen, wenn sich bei der Berechnung Bruchpfennige ergeben. Für die seitens der Arbeitgeber von den Arbeitnehmern einzuziehenden Beitragsteile ist in § 395 RVO. die Abrundung auf volle *zehn* Pfennig ausdrücklich zugelassen; für die Zahlung der Beiträge an die Kasse fehlt es an einer gleichen Bestimmung, und man wird daher die Abrundung nur auf die volle niedrigste Münzeinheit zulassen können.

Fürsorgepflicht für unfallverletzte landwirtschaftliche Arbeiter in den ersten 13 Wochen, insbesondere für unständige.

12. **Nach Berlin.** *Antwort*: Es ist ausgeschlossen, daß für einen Bezirk im Deutschen Reich weder eine allgemeine Ortskrankenkasse noch eine Landkrankenkasse besteht. Das ergibt sich aus §§ 226 ff. und besonders aus § 234 RVO., wonach jeder Versicherungspflichtige, der nicht in eine Sonderkasse gehört, entweder der allgemeinen Orts- oder der Landkrankenkasse seines Beschäftigungsorts angehören muß; es ist also vorausgesetzt, daß überall mindestens eine dieser beiden Kassenarten besteht (zu vergleichen §§ 227 ff.). Für unständig Beschäftigte ergibt sich die zuständige Kasse aus § 442 in Verbindung mit § 237. Der Begriff der unständigen Beschäftigung ist in § 441 bestimmt. Aber die besonderen Vorschriften beziehen sich nur auf solche Beschäftigte, die nicht nach § 168 versicherungsfrei sind; und in dieser Hinsicht sind wieder die Vorschriften der Bekanntmachung vom 17. November 1913 (Arbeiter-Versorgung 1913 S. 848) maßgebend. Einem durch Unfall verletzten landwirtschaftlichen Arbeiter hat die hiernach zuständige *Kasse* während der ersten 13 Wochen Krankenhilfe zu gewähren; die *Gemeinde* ist nur dann hierzu verpflichtet, wenn dem Verletzten ein solcher Anspruch an die Kasse nicht zusteht (§§ 942, 943 Abs. 1 Ziff. 1), was bei einem unständigen Arbeiter insbesondere dann vorkommen kann, wenn er entweder nach § 168 versicherungsfrei oder wenn er zwar versicherungspflichtig, aber nicht in das Verzeichnis der zuständigen Kasse eingetragen und daher nicht ihr Mitglied ist (§ 442 Abs. 3).

Ein Mitglied des Ausschusses kann gleichzeitig Beamter der Kasse sein.

13. **Nach Lengefeld.** *Antwort*: § 21 RVO. schreibt nur vor, daß die ehrenamtlichen Mitglieder des *Vorstandes* nicht zugleich Beamte des Versicherungsträgers sein dürfen; für die Mitglieder des Ausschusses besteht eine gleiche Vorschrift nicht. Es steht also nichts dem im Wege, daß der Kassenführer einer Zahl- und Meldestelle der Kasse als Arbeitgeber in den Ausschuß gewählt wird und er kann auch hier zum Vorsitzenden gewählt werden.

Erstattung der von der Gemeinde zur Gemeindekrankenversicherung geleisteten Vorschüsse.

14. **Nach Kr.** *Antwort*: Nach Schließung der Gemeindekrankenversicherung sind, wenn ein Vermögensüberschuß bleibt, zunächst die nach § 9 KVG. geleisteten Vorschüsse an die Gemeinde zurückzuerstatten (Art. 14 Abs. 2 Einf.Ges. zur RVO.). Daß dies nur für die Vorschüsse aus dem letzten Jahre gelten solle, ist eine haltlose Annahme; vielmehr sind sämtliche Vorschüsse, gleichviel wann sie geleistet wurden, zu erstatten. Das ergibt sich aus dem Begriffe des Vorschusses und aus den Verhandlungen des Reichstags über die Novelle zum KVG. v. 1903 (Sten.Ber. S. 9050 ff.), wie wir das im Jahrg. 1907 S. 539 Ziff. 2 näher begründet haben.

Kur und Verpflegung in einem Wöchnerinnenheime an Stelle des Wochengeldes.

15. **Nach Hirschberg.** *Antwort*: Wenn § 196 RVO. besagt, daß die Kasse mit Zustimmung der Wöchnerin *an Stelle* des Wochengeldes Kur und Verpflegung in einem Wöchnerinnenheime gewähren kann, so bedeutet das nur, daß für die Zeit, während deren die Wöchnerin in dem Heim untergebracht ist, Wochengeld nicht gezahlt wird; wird sie noch innerhalb der acht Wochen, für welche ihr der Anspruch auf Wochengeld zusteht, wieder entlassen, so muß weiterhin für den Rest dieser Zeit das Wochengeld noch gezahlt werden.

Für die Redaktion verantwortlich: *Alfred Langewort*, Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 64.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Digitized by Google

Erscheint am 1., 11. und 21. jedes Monats. Bezugspreis halbjährlich bei allen deutschen Postanstalten und Buchhandlungen sowie unmittelbar beim Verlage 8 Mark.

Anzeigen werden mit 50 Pf. für die gespaltene, 65 mm breite Kleinzeile berechnet und sind für die nächstfolgende Nummer acht Tage vor deren Erscheinen einzusenden.

Bei Streifbandversand entsprechender Zuschlag.

Goldene Medaille — St. Louis 1904.

30 1914

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift

für die gesamte

Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Organ des Hauptverbandes Deutscher Ortskrankenkassen.

Begründet von J. Schmitz; fortgeführt von Dr. P. Honigmann.

Unter Mitarbeit von Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Dippe, Geh. Justizrat Hahn, Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Hoffmann, Geh. Regierungsrat und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. Laß, Rat Dr. Olshausen, Geh. Hofrat Prof. Dr. Rosin, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann, Geh. Regierungsrat Dr. Zacher und anderen namhaften Fachmännern

herausgegeben von A. Troschel.

XXXI. Jahrgang. — **1. Januar 1914.**

Redaktion:	Nr. 1	Verlag und Expedition:
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung A. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Inhalt.

Seite

Zum 1. Januar 1914 1

Abhandlungen:

Zum Inkrafttreten des neuen Krankenversicherungsrechts. Von Geh. Justizrat **J. Hahn** in Zehlendorf (Berlin) 2

Zur Anwendung des Artikels 29 des Einführungsgesetzes zur Reichsversicherungsordnung. Vom Wirklichen Geheimen Oberregierungsrat **Dr. Hoffmann** in Berlin 7

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung:

A. Zur Krankenversicherung:

Bekanntmachung des Reichskanzlers über Durchführung der hausgewerblichen Krankenversicherung 11

Musterdienstordnungen 14

Anmeldung der Versicherungspflichtigen 20

Aerztliche Versorgung der Krankenkassen; zur Anwendung des § 370 RVO. 21

Ausgleich oder Interimistikum im Kampf der Aerzte und Krankenkassen 22

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen:

Abkommen zur Regelung der Beziehungen zwischen Berufsgenossenschaften und Krankenkassen 22

Sozialversicherung und Krieg 24

Ueber die Rechtslage der Ersatzkassen 24

Leitsätze für die Regelung der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Zahnärzten sowie Zahntechnikern (Dentisten) 25

Zur Einigung zwischen Aerzten und Krankenkassen in Württemberg 26

Verzeichnis der Krankenkassen in Preußen 26

Beantwortung von Anfragen:

Ausgestaltung der Kasse nach Art. 15 Einf.Ges. ist unter Umständen für den Angestellten ein Grund zur Kündigung nach § 626 BGB 27

§ 215 Abs 2 und 3 RVO. gilt nicht für die vor dem 1. Januar 1914 Beigetretenen 27

Rechte und Pflichten der Angestellten bei Schließung einer Krankenkasse infolge der Neuordnung 27

Ersatz von Auslagen und entgangenem Arbeitsverdienst für den Wahlausschuß 27

Verlust der Mitgliedschaft bei einer Hilfskasse durch Verziehen aus dem Kassenbezirk . . . 27

a) „Bezirk" einer Betriebskrankenkasse. b) und c) Die Satzung kann nicht für die Versagung von Mehrleistungen Gründe aufstellen, die das Gesetz nicht vorsieht. d) Der Krankenschein als Ausweispapier? 27

Bemessung der Kassenbeiträge für sechs oder für sieben Tage der Woche 28

Vorsitz im Ausschuß der Kasse. — Zuständigkeit der alten oder der neuen Kassenorgane. — Zuziehung von Stellvertretern 28

Digitized by Google

Zur Nachtaxation der Krankenkassenrezepte

empfiehlt sich gegen übliches Honorar

Apoth. **F. Mezger,**

Arnstadt (Thür.).

Engros. **Für Krankenkassen.** Engros.

Verband-Fingerlinge

aus farbigem Wild- und Sämischleder

mit Seitennaht, Öse und Bindebändern

für Handwerker und Arbeiter, in Größen sortiert. Bei Entnahme von 6 Dtz. à Dtz. 1,50 M., bei 5 Groß à Groß 14,50 M. fabriziert als ☛ Spezialität ☚

C. F. Schattenberg, Bautzen.

Einmal gehabt, immer wieder verlangt.

Wir suchen für unsere Betriebskrankenkasse einen mit der Kranken-, Invaliden- und Unfallversicherung vollständig vertrauten

Kassen- und Rechnungsführer

zum baldigen Antritt.

Gesuche mit Angabe der Gehaltsansprüche und unter Beifügung von Zeugnisabschriften erbeten an

Patentpapierfabrik zu Penig

in **Penig** (Sachsen). [46]

Sämtliche Formulare

Bücher und Kartothekkarten

für Krankenkassen

äußerst preiswert bei schnellster Lieferung

Man verlange Preisliste und Kostenanschläge

Soeben ist erschienen:

Musterbuch von Krankenkassen-Formularen

(ca. 200 Formulare und Buchköpfe)

nach den Vorschriften des Bundesrats. Preis 5 Mark

Formular-Verlag

G. m. b. H.

FV **BERLIN SW 19 · Beuthstr. 6** FV

Verlag Dr. Eduard Schnapper, Frankfurt a. M.

Dr. Konrat Weymann,

Oberverwaltungsgerichtsrat.

Gemeinverständliche Darstellung der deutschen

Reichsversicherung

einschließlich der Angestelltenversicherung

in rechtlicher, wirtschaftlicher u. sozialer Bedeutung.

III. Auflage. Preis 3 M.

Einige Urteile:

Amtsgerichtsrat Hahn: Ich habe von dem Inhalt des ausgezeichneten, inhaltsreichen und durch seinen unbeirrten Willen zur Wahrheit imponierenden Buchs mit größtem Interesse Kenntnis genommen.

Prof. Dr. Stier-Somlo: Das Werk zeichnet sich durch klare und besonnene Darstellung aus . . . Wichtige Streitfragen werden sorgfältig nach allen Seiten beleuchtet.

Geheimrat Dr. Dietz, Vorsitzender der LVA. Hessen: Ich halte das Werk für das beste, was ich bisher auf diesem Gebiete gelesen habe.

Kölnische Zeitung: Die Arbeit des Kgl. preuß. Oberverwaltungsgerichtsrats muß gerade in dieser Uebergangszeit, wo infolge des neuen Gesetzes über die Angestelltenversicherung fast jeder Geschäftsmann auf Schritt und Tritt Zweifeln begegnet über die Ausdehnung der Versicherung seiner Angestellten und wo auch infolge der Andersgestaltung der anderen Sozialversicherungen von Prinzipalen und Versicherten neue Wege beschritten werden müssen, als eine willkommene Quelle richtiger Erkenntnis begrüßt werden.

Die Aufgaben der Versicherungsämter.

Von

Stadtrat von Frankenberg.

Preis 1 M. II. Auflage.

Der gesamte Wirkungskreis der unter der Herrschaft der RVO. neu entstandenen Versicherungsämter inkl. der Frage der örtlichen Zuständigkeit und des Verfahrens wird in der Schrift ausführlich behandelt und hat sich dieselbe bei allen Versicherungsbehörden, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften usw. bestens eingeführt.

Digitized by Google

Zur Anschaffung empfohlen:

Generalregister zu Bd. XIX—XXV der Arbeiter-Versorgung.

Jahrgang 1902 bis 1908.

Preis geheftet 6 Mark, gebunden 8 Mark.

Tagebuch für Krankenkassen

(Entworfen nach Bücker „Registraturdienst")

—— Preis: 25 Bogen 1 Mark, 100 Bogen 3,60 Mark. ——

Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.

Allgemeiner Deutscher Versicherungs-Verein

Gegründet 1875. **in Stuttgart.** Auf Gegenseitigkeit.

Unter Garantie der Stuttgarter Mit- und Rückversicherungs-Aktiengesellschaft.
Kapitalanlage über 68 Millionen Mark.

Haftpflicht- und Kollektiv-Unfall-Versicherung
für Krankenkassen.

Empfehlungsverträge mit Verbänden, Vereinen, Innungen und Handwerkskammern.
Gesamtversicherungsstand über 770 000 Versicherungen. Monatlicher Zugang ca. 6000 Mitglieder.
Prospekte, Versicherungsbedingungen, Antragsformulare, sowie jede weitere Auskunft bereitwilligst und kostenfrei.

Einzel-Unfall-Versicherung.	Vertreter überall gesucht. Bezugnahme auf diese Zeitschrift erwünscht.	Lebens-Versicherung.

Soeben erschien:

Reichsversicherungsordnung

nebst Einführungsgesetz.

Textausgabe mit alphabetischem Sachregister.

Gr. 8°. 318 Seiten. Kartoniert M 1.70.

Auf Zuverlässigkeit des Textes und gute Druckausstattung (wie Jaeger, Reichszivilgesetze) wurde besonderes Gewicht gelegt. Der Satz erfolgte nach dem

Wortlaute des Reichsgesetzblattes.

J. Schweitzer Verlag (Arthur Sellier) München und Berlin.

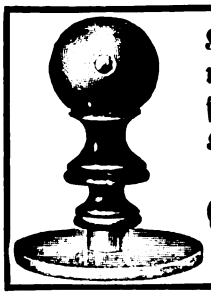
Digitized by Google

Beschwerden über ausgebliebene oder beschädigt angekommene Hefte

bitten wir stets **sofort** bei der Bezugsquelle, also beim Briefträger, beim zuständigen Postamt oder bei der liefernden Buchhandlung anzubringen und erst, wenn nicht Abhilfe geschaffen ist, bei uns. Von unserer Ausgabestelle werden die einzelnen Hefte stets rechtzeitig verschickt und es liegt im eigenen Interesse unserer Abonnenten, auf deren regelmäßigen Eingang sorgfältig zu achten. Wir sind nicht imstande, den zahlreichen Wünschen kostenloser Nachlieferung von Heften zu entsprechen.

Berlin-Lichterfelde,
Bellevuestraße 44 b.

Die Geschäftsstelle der „Arbeiter-Versorgung".



Kautschuk- und **Metallstempel** jeder Art, **Numerier-** und **Paginiermaschinen, Typendruckereien, Petschafte, Siegelmarken, Stempelständer, Stempelkissen, Stempelfarbe, Vervielfältigungsapparate, Heliographenmasse, Markenanfeuchter** kaufen Sie am vorteilhaftesten bei

Ernst Vogel, Stempelfabrik, **Siegmar** i. Sachsen.

Preislisten gratis und franko.

Von den im amtlichen Auftrage herausgegebenen

Tafeln zur Ermittlung der Invaliden- u. Altersrenten

von **Beckmann-Niebour**

ist soeben eine völlig neu bearbeitete Ausgabe erschienen, herausgegeben von

Dr. Adolf Beckmann

Geh. Ober-Regierungsrat, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragendem Rat im Reichsamt des Innern.

230 Seiten groß Lexikonformat :: Starkes holzfreies Papier
Preis geh. 6 M., geb. in biegsame Ganzlwd. 7 M. 20 Pf.

Kurze Inhaltsangabe: Tafeln I. Anteil der Versicherungsanstalt an den Renten und zwar im einzelnen: Grundbetrag der Invalidenrenten — Steigerungsbetrag — Durchschnittsbetrag der Altersrenten — Witwen- und Waisenrenten. Tafeln II. Die abgerundeten Jahresrenten und die zu zahlenden Monatsraten. Tafeln III. Vielfache der Monatsraten. Tafeln IV. Die Tagesraten der Rente und zwar für 31, 30, 29 und 28 Tage im Monat.

Das Tabellenwerk dient nicht nur für die Rentenberechnungen der Landesversicherungsanstalten, Oberversicherungsämter und der übrigen Stellen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, sondern auch für die Rentenberechnungen der Berufsgenossenschaften. Es erspart allen, die es benutzen, viel Zeit und Geld!
Ein leicht faßliches Vorwort und die außerordentlich einfache und praktische Anordnung der Tabellen gestatten es jedem Benutzer, die in Betracht kommenden Zahlen binnen kürzester Frist durch einfaches Ablesen aufzufinden.

Berlin-Lichterfelde, Bellevuestraße 44 b.

Verlag der „Arbeiter-Versorgung" (A. Troschel).

Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Heft 1086 der ganzen Folge

Jährlich 36 Hefte, die am 1., 11. und 21. jedes Monats erscheinen. Bezugspreis: ganzjährig einschließlich Titelblatt und Sachregister 16 M. beim Verlag; halbjährlich 8 M.

Goldene Medaille

auch bei allen Postanstalten und Buchhandlungen. Einzelhefte 75 Pf. Anzeigenpreis: die dreigespaltene Kleinzeile oder deren Raum 50 Pf. Beilagen nach Vereinbarung

St. Louis 1904

LIBRARY

Die Arbeiter-Versorgung

Aelteste Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Dippe; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe; Geh. Regierungsrat Prof. Dr. Laß, Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Rat Dr. Olshausen; Geheimrat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann, Geh. Regierungsrat Dr. Zacher

Schriftleitung und Verlag in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 64

31. Jahrgang | **21. Dezember 1914** | **Heft 36**

Inhalt:

Abhandlungen:

Kann bei Anwendung der §§ 170, 171 der RVO. der Zeitpunkt für den Beginn der Versicherungsfreiheit in die Vergangenheit gelegt werden? Vom Wirklichen Geheimen Ober-Regierungsrat Dr. **Hoffmann** in **Berlin-Grunewald** 849

Das Unterlassen vorschriftsmäßiger Abmeldung bei der Krankenkasse. Von Magistratsassessor Dr. **Goerlitz** in **Breslau** 851

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung:

A. Zur Krankenversicherung:

Zu § 7 Abs. 2 und § 9 Abs. 5 der Musterwahlordnung für Krankenkassen (Zahl der Unterschriften unter dem Wahlvorschlage; Berichtigung von Mängeln) 854

Zur Auslegung des § 76 e des Krankenversicherungsgesetzes (§ 529 RVO.) 856

Erlöschen des versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses durch Einberufung zum Kriegsdienst 857

B. Zur Unfallversicherung:

Zur Auslegung der §§ 1596, 1598 RVO. 859

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung:

Zu § 1445 Abs. 2 RVO: Anerkenntnis a) durch den Ueberwachungsbeamten, b) durch die Einzugsstelle 863

D. Zur Angestelltenversicherung:

Die versicherungspflichtige Beschäftigung als Hauptberuf 866

Grundsätze zu den §§ 15, 394 und 395 des VGfA. aus der Uebung der Reichsversicherungsanstalt 867

Grundsätzliche Entscheidung des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung 867

(Fortsetzung des Inhaltsverzeichnisses auf nächster Seite)

Nicht übersehen!

Titel und Sachregister zum 31. Jahrgang liegen diesem Heft bei. Wir bitten auf den richtigen Eingang zu achten. Spätere Nachlieferung kann nur unter Berechnung von 75 Pfennig erfolgen.

Digitized by Google

Mitteilungen — Kurze Erörterungen:

Heilverfahren der Angestelltenversicherung während des Krieges 867
Zur Abnahme der Zahl der Erwerbsunfähigen während des Krieges 867
Die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen während des Krieges 867
Ersatzkassen, an welche 4/5 der Arbeitgeberbeiträge abzuführen sind 868
Der „Voranschlag" der Krankenkassen auf das Jahr 1915 868
Die Buchung der „Ersatzleistungen" bei Krankenkassen 869

Beantwortung von Anfragen:

Kosten eines ärztlichen Gutachtens im Spruchverfahren 870
Krankenversicherung eines Arbeiters bei einer umherziehenden Dreschmaschine 870
Anspruch auswärtiger Berechtigter auf Familienhilfe; Umfang des Ersatzes für selbstbeschaffte ärztliche Behandlung 870
Auseinandersetzung zwischen einer Ortskrankenkasse und einer am 1. Januar 1914 ins Leben getretenen Landkrankenkasse. — Verzugszinsen? 870
Zahltag im Sinne des § 519 RVO. 871
Keine Krankenhilfe an Wöchnerinnen 871
Einlegung der Berufung ohne Vollmacht 871
Ortsbehörde als Zahlstelle der Krankenkassen 871
Der Vorsitzende des Kassenausschusses hat nicht das Recht, den Sitzungen des Vorstandes beizuwohnen 871
a) Mittelbares Beschäftigungsverhältnis der Ehefrau eines Kastellans. b) Kein Anspruch des im Auslande Verwundeten aus § 214 RVO. 871
Abrundung der Kassenbeiträge 872
Fürsorgepflicht für unfallverletzte landwirtschaftliche Arbeiter in den ersten 13 Wochen, insbesondere für unständige 872
Ein Mitglied des Ausschusses kann gleichzeitig Beamter der Kasse sein 872
Erstattung der von der Gemeinde zur Gemeindekrankenversicherung geleisteten Vorschüsse . . 872
Kur und Verpflegung in einem Wöchnerinnenheime an Stelle des Wochengeldes 872

Stellen-Anzeigen

Wir suchen zum sofortigen Eintritt einen

Kassengehilfen,

welcher mit der Kranken- und Invalidenversicherung vollständig vertraut ist.

Beamter, der in der Lage ist, selbständig und flott zu arbeiten, wird bevorzugt.

Gesuche mit Lebenslauf, Zeugnisabschriften und Gehaltsansprüchen sind an den Vorstand der unterzeichneten Kasse zu richten.

Allgemeine Ortskrankenkasse Hamborn a. Rhein. [257]

Wir suchen zum sofortigen Antritt einen im Kassendienst

erfahrenen Beamten

zur Aushilfe während des Krieges. Monatsgehalt 80 Mark.

Gesuche mit Lebenslauf und Zeugnisabschriften an die

Allgemeine Ortskrankenkasse Schönau bei Chemnitz

erbeten. [259]

Zum 1. Januar 1915 wird, zunächst für einen Zeitraum von 6 Monaten, ein

Hülfsarbeiter

gesucht.

Bewerber, welche mit den Grundzügen der Krankenversicherung vertraut, die Schreibmaschine (System Adler) bedienen und möglichst Erfahrung im Umtausch von Quittungskarten besitzen, wollen ihre Bewerbungsgesuche mit Lebenslauf und Zeugnisabschriften bis zum 28. Dezember 1914 an den Vorstand einreichen.

Es wird eine Vergütung von jährlich 1400 M. gewährt. Bei zufriedenstellenden Leistungen ist die endgültige Anstellung als Kassengehilfe beabsichtigt. (Alsdann Anfangsgehalt von 1400 M., steigend jährlich um 100 M. bis zum Höchstbetrage von 2400 M. [258]

Der Vorstand der Allgemeinen Ortskrankenkasse Witten.

Es wird gebeten, Bewerbungsschreiben und anderen Angeboten keine Originalzeugnisse oder dergleichen, sondern nur Abschriften beizulegen.

Für die Dauer des gegenwärtigen Krieges suchen wir zum baldmöglichen Eintritt gegen monatliche Kündigung einen

jüng. Beamten

welcher bereits in Krankenkassen tätig war und geübter Maschinenschreiber ist, sowie eine gute Handschrift besitzt.

Bewerbungen mit Lebenslauf, Gehaltsansprüchen und Zeugnisabschriften sind umgehend einzureichen.

Allgemeine Ortskrankenkasse des Amtsgerichtsbezirkes Hildburghausen. [250]

Wegen Einberufung des Inhabers zum Militär ist hier alsbald die Stelle eines

Kassengehilfen

neu zu besetzen. Anfangsgehalt M. 1300 p. a. Bewerbungen mit Lebenslauf und Zeugnissen sind zu richten an den [249]

Vorstand der allgemeinen Ortskrankenkasse Jena.

Fortsetzung der Stellenanzeigen auf der dritten Umschlagseite.

Digitized by Google

Für unseren in nächster Zeit zur Fahne einzuberufenden

Rendanten

wird für die Dauer seiner Behinderung ein geeigneter Stellvertreter gesucht. Bewerber, die in allen Krankenkassenangelegenheiten völlig selbständig arbeiten können und auch in der Bedienung der Schreibmaschine (Adler) gewandt sind, wollen Gesuche unter Angabe ihres Militärverhältnisses und der gewünschten monatlichen Vergütung bei uns sofort einreichen.

Der Vorstand der Land- und allgemeinen Ortskrankenkasse für den Kreis Sulingen in Sulingen (Hannover) [252]

Wilh. Staege,

Berlin-Schöneberg, Bahnstraße 21, liefert die **anerkannt besten**

Zeugnis-Abschriften

postwendend, die Seite 30×1,20 M., 50×1,60 M.

Blankenburg a. Harz.

Hotel Kaiser Wilhelm
Neuer Besitzer: **W. Plock.**
2 Minuten vom Bahnhof.
Ruhig gelegen. — — Fernsprecher 46.

Wir suchen zum sofortigen Antritt einen im Kassendienst erfahrenen

Beamten

als Aushilfe während der Kriegszeit. Angebote mit Gehaltsangabe und Lebenslauf an die

Allgem. Ortskrankenkasse des Stadtkreises Guben

erbeten. [245]

Wir suchen zum sofortigen Antritt

einige jüngere Angestellte,

die in Krankenkassen vorgebildet und im Rechnen sowie in schriftlichen Arbeiten tüchtig sind.

Den Gesuchen sind beizufügen: ein vom Bewerber selbst geschriebener Lebenslauf, Schulabgangszeugnis, Zeugnisabschriften, ärztliches Gesundheitszeugnis und Militärpapiere.

Der Gehalt richtet sich nach den Bestimmungen der Dienstordnung.

Allgemeine Ortskrankenkasse Leipzig-Land in Leipzig,
Elsterstraße 8. [251]

Bei der diesseitigen Verwaltung ist die Stelle eines

Verwaltungs-Gehilfen

auf dem Büro des Versicherungsamts sofort zu besetzen.

Bewerber müssen mit allen auf dem Gebiete der Sozialpolitik vorkommenden Arbeiten durchaus vertraut und in der Lage sein, selbständig zu arbeiten.

Gehalt nach der Besoldungsordnung.

Militärfreie Bewerber wollen ihre Gesuche mit Lebenslauf und Zeugnisabschriften sofort einreichen. [248]

Solingen, den 19. Novbr. 1914.

Der Oberbürgermeister.

Stellenanzeigen

aller Art, insbesondere solche, die das Kassenpersonal betreffen, haben seit vielen Jahren nachweisbar die besten Erfolge, wenn sie in der

Arbeiter-Versorgung

veröffentlicht werden. Zuschriften werden direkt erbeten an den Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 64.

Zur Anschaffung empfohlen:

Die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung des Deutschen Reiches im täglichen Leben.

Zum praktischen Gebrauch erläutert von

Max Schön,

Magistrats-Sekretär beim Versicherungsamt der Stadt Berlin.

Dritte, umgearbeitete Auflage. Preis portofrei 1 Mark 10 Pfg.

Diese weit verbreitete nützliche Schrift erläutert in gemeinverständlicher und übersichtlicher Form alle Bestimmungen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung. Sie ist geschrieben für Arbeitgeber und Versicherte, ebenso wie für alle Beamten, die sich in bequemer Weise mit den gesetzlichen Bestimmungen vertraut machen wollen. Das wohlfeile Buch hat bei Arbeitgebern und Versicherten, Vereinen und Einzelpersonen, Beamten der Gemeindeverwaltungen, königlichen und städtischen Polizeiverwaltungen, Landratsämtern und sonstigen Behörden großen Anklang gefunden.

Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde,
Potsdamer Straße 64.

☞ **An unsere Leser richten wir die höfliche Bitte, uns die Adressen von Freunden und Bekannten mitzuteilen, denen die Uebersendung eines Probeheftes der „Arbeiter-Versorgung" mit Bezugs-Einladung willkommen sein dürfte. Die 31 vollständigen Bände werden unter günstigen Bedingungen geliefert.**

Digitized by Google

Soziale Berufsausbildung
für ehrenamtliche und besoldete Stellen bietet das

Christl.-soziale Frauenseminar des Deutsch-Evangelischen Frauenbundes in Hannover.

Kursusdauer: 17 Monate, Anfang Januar bis Ende Mai. Theoretische u. praktische Ausbildung.

Aufnahmebedingungen: Höhere Mädchenschulbild., vollendetes 20. Lebensjahr.

Stipendien sind vorhanden, in erster Linie für Mitglieder des Deutsch-Evangelischen Frauenbundes.

Gute Gelegenheit, geeignete Anstellung zu erlangen durch die mit dem Seminar in Verbindung stehende Stellenvermittlung.

Schriftliche und mündliche Auskunft durch die Sekretärin Frl. L. **Höhndorf, Hannover, Ferdinandstraße 13 B.**

Viktoria-Luise-Stiftung.

Heilanstalt **für an den Atmungsorganen** erkrankte Beamte (auch höhere Beamte und Familien-Angehörige) zu **Bad Rehburg** (Hannover). Nur Einzelzimmer. Voller Pensionspreis mit ärztlicher Behandlung etc. täglich 4—6 M. Prospekt kostenlos durch den Schriftführer der Stiftung **Regierungsrat Trosien** in **Hannover**, Am Archiv 3.

Pädagogium Osterburg i. Altm.
Gegr. 1863. Städt. subv. Altbewährte Anst., Gymnas.- u. Realkl. VI—O II. Beste u. bill. Pension u. Aufsicht. Individ. Behandl. Mod. Bau. Gartenstadt. **Dir. Miquet.**

Sanitätsrat Dr. Köhler
Sanatorium Bad Elster
(Moor- u. Stahlbad). Alle Kurmittel. Diätkuren. Prospekte.

Feld-Tabak-Pfeifen
werden von unseren Braven im Felde begehrt und bilden stets eine willkommene Ueberraschung und Freude. **Grosses Lager in Tabaken.** Bezugnehmende auf Inserat 5%, freie Verpackung u. Versand. **A. Barduscheck, Berlin W., Potsdamer Strasse 122a.**

Nervenkranke aller Art und **Erholungsbedürftige**
finden auch während des Krieges Aufnahme im
Haus Rockenau
bei **Eberbach** in Baden.
Prospekte durch die Direktion

Original-Einbanddecken
zur „Arbeiter-Versorgung" Band 31
die auch als Sammelmappe für die einzelnen Hefte verwendbar ist, geschmackvoll und dauerhaft in Halbleederband mit Rückentitel in Gold hergestellt, geben wir zum Preise von 1 M. 75 Pf. das Stück fortdauernd ab. Auch zu den früheren Jahrgängen sind noch Decken vorrätig. Die an uns direkt erbetenen Bestellungen werden schleunigst erledigt.

Berlin-Lichterfelde West, Potsdamer Strasse 64.

Verlag der „Arbeiter-Versorgung".
Postscheck-Konto: Berlin Nr. 21190.

Krankenkassen-Bücher
mit **vorschriftsmässigen, praktischen** Schemas. Fordern Sie im eigenen Interesse kostenlose Zusendung von Musterbogen, bevor Sie Ihre diesjährigen Bücher bestellen.
Eberhard Clemens, Geschäftsbücher-Fabrik, Ebersbach (Sachsen). [254]

Bandagist Hermann Buhr
Berlin-Lichterfelde, Dürer-Straße 12
Lieferant vieler Krankenkassen, unterhält sorgfältig geführtes Lager in Leibbinden, Bruchbandagen und allen sonstigen orthopädischen Gegenständen der Krankenpflege. Ausbesserungen werden in der eigenen Werkstätte zu Berlin N., Linienstraße 214, Hof 2 Tr., schnell und preiswert vorgenommen.

Christl. Landerziehungsheim m. höherer Schulbildung resp. Vorbereitung z. Aufnahme in Lyzeen. — Vorbereitung z. Sprachlehrerinnenexamen und hauswirtschaftlicher Unterricht **Friedrichsdorf i. Taunus** Leiterin: Fräulein **von Puttkamer.**

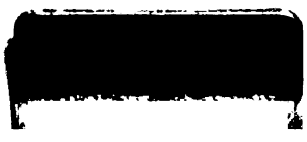
Buttersche Vorbereitungsanstalt, Hirschberg i. Riesengebirge.
Gegründet 1892. Streng geregeltes Pensionat. Halbjährl. gymnas. und reale Cöten bis Abitur. **Nachweisbar beste Erfolge,** z. B. bestanden seit Gründung alle Fähnriche, W.-S. 1912/13 von 23 Examinanden 22, Ostern und Michaelis 1913 sowie Michaelis 1914 **sämtliche** Einjährigen. **Während des Krieges Preisermäßigung.**

Für Lazarette Krankenhäuser Hospitäler usw.
empfehlen wir zur Krankenpflege besonders geeignete
Bettstellen, Matratzen, Unterbetten, Decken u. Kissen
in anerkannter Ausführung zu mäßigen Preisen.
Kostenanschläge sowie Vertreterbesuch bereitwilligst.
Paradiesbettenfabrik M. Steiner & Sohn, Aktien-Ges. in Berlin nur Leipziger Straße 123a, Ecke Wilhelmstraße.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google



Digitized by Google